

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Mira Salminen

POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN AKUUTILLA VUODEOSASTOLLA
PÄIVITTÄISESSÄ HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

SALMINEN, MIRA	Potilaan fyysinen rajoittaminen akuutilla vuodeosastolla päivittäisessä hoitotyössä
Opinnäytetyö	106 sivua + 37 liitesivua
Työn ohjaaja	TtH Lehtori Mirja Nurmi
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä
Toukokuu 2012	
Avainsanat	itsemääräämisoikeus, hoitotyö, rajoittaminen, fyysinen rajoittaminen ja työpaikkakoulutus

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistehtävänä, jonka tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa potilaan fyysisestä rajoittamisesta sekä suunnitella, järjestää ja toteuttaa koulutustilaisuus Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden Peruspalvelukeskus Aavan alueelle toimivalle terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Koulutuksen tavoitteena oli parantaa vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoutta sekä valmiutta toimia potilasta rajoittamisen tilanteiden kohdalla.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdyttiin työpaikkakoulutukseen, aikaisempaan tutkittuun teorial tietoon koskien potilaan fyysistä rajoittamista, rajoittamiseen koskeviin lakeihin, säädäntöihin ja ohjeisiin, potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä potilasturvallisuuteen, jotka muodostivat koulutuksen pohjan ja sisällön. Koulutustilaisuus toteutettiin kertaluonteisena luentona Microsoft Office PowerPoint-esityksen muodossa.

Lähtötilanteen kartoittamiseksi koulutuksen pohjaksi järjestettiin kysely hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeita palautui 24 kappaletta määräaikaan mennessä, joten vastausprosentti oli 89 % (N= 24). Vastaajista 63 % rajoitti potilasta päivittäin ja 25 % viikoittain. Hoitohenkilökunnasta koki 46 % epävarmuutta fyysisen rajoittamisen tilanteissa ja 75 % koki koulutuksen tarkeyden.

Koulutuksen arviointi tehtiin palautelomakkeen avulla, jonka vastausprosentti oli 100 % (N= 9). Koulutuksesta saadun palautteen, joka saatiin suullisesti sekä palautelomakkeen avulla, voitiin todeta koulutuksen onnistuneen ja vastaavan tavoitteisiin. Palautteen tehtävänä oli mitata koulutuksen eri vaiheiden onnistumista. Vastaajista 78 % oli täysin samaa mieltä koulutuksen hyödynnettävyydestä omassa työssä ja 67 % oli täysin samaa mieltä ja 33 % samaa mieltä koulutuksen ajankohtaisuudesta ja tarpeellisuudesta. Vastaajista 89 % koki saavansa koulutuksen avulla uutta tietoa omaan työhönsä. Molempien kyselyjen tulokset analysoitiin Microsoft Office Excel - taululukkolaskentaohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Teorial tietoa ja koulutuksen materiaalia voidaan hyödyntää samantyylisten osastojen hoitohenkilökunnalle koulutuksen muodossa ja uuden työntekijän ja opiskelijan perehdyttämisessä. Opinnäytetyön tekeminen ja koulutuksen järjestäminen antoi erinomaista kokemusta koulutuksen järjestämisestä ja pitämisestä tämän työn tekijälle.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

SALMINEN, MIRA

Physical Constraining of a Patient in Daily Nursing on
Open Wards

Bachelor's Thesis

106 pages + 37 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc senior lecturer

Commissioned by

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö

May 2012

Keywords

patient autonomy, nursing, constraining, physical
constraining and in- house training

This thesis was carried out as a learning and development project aimed to provide researched information on the physical constraining of a patient. Part of this thesis was also to plan, organise and to realize a training event for all the nursing staff working on the wards at the Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön Peruspalvelukeskus Aavan- area. The event was designed to improve the nursing staff's knowledge and skills on how to respond situations with patients needing physical constraining.

In the theory part of this thesis the emphasis was on the aspects on in- house training, previously recorded theories and information on physical constraining of patients, the laws, rules and guide- lines on constraining, patient autonomy and patient safety. All of these formed the basis and content of the training event. The event was carried out lecture using Microsoft Office PowerPoint.

To survey the aspects needed to be covered at the training event a questionnaire was designed and an enquiry carried out among the nursing staff. In total 24 questionnaires were returned on time, giving a total percentage of 89 (N= 24). Out of the 24 63 % were constraining their patients on a daily basis and 25 % on a weekly basis. 46 % of the nursing staff felt uncomfortable and insecure when put into a situation where constraining was required. 75 % felt it important to have training on the issue.

The assessment on the event organised was done by a feedback form with a 100 % return rate (N= 9). Judging by the feedback received in writing and orally it can be said the event was a success and it met the needs of the participants. The feedback form was designed to measure the success of the various parts of the training. 78 % of the answerers were in full agreement that they will find the information and skills useful at their day- to- day work. 67 % were in full agreement and 33 % in agreement that the training was topical and much needed. 89 % felt they gained new information and skills they can put to practice at work. Both questionnaires were analysed using Microsoft Office Excel spreadsheets. The open questions were analysed by their content.

The theoretical knowledge gained and the material from the training event itself can be used in training nursing staff of similar wards and for the orientation of new staff and trainees. The process of compiling this thesis and organising the training event gave valuable experience on how to organise and run events aimed at nursing staff in general.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN PROSESSIN KULKU	7
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET	19
4	TYÖPAIKKAKOULUTUS	21
5	POTILAAN HOITOTYÖ AKUUTILLA VUODEOSASTOLLA	26
5.1	Hoitotyö	28
5.2	Akuutin vuodeosaston hoitoympäristö	30
6	HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT LAIT JA OHJEET	32
6.1	Potilaan oikeuksien säätelevät lait	32
6.2	Hoitotyössä potilaan rajoittamista säätelevät lait	33
6.3	Hoitohenkilökunnan toimintaa säätelevät lait ja periaatteet	34
7	POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMINEN HOITOTYÖSSÄ	35
8	POTILAAN RAJOITTAMINEN OSANA HOITOTYÖTÄ VUODEOSASTOLLA	38
8.1	Rajoittaminen	38
8.2	Fyysinen rajoittaminen	45
9	KOULUTUSTARPEIDEN KARTOITTAMINEN	57
9.1	Kartoittava kysely	58
9.2	Aineiston analysointi	59
9.3	Kartoittavan kyselyn tulokset	60
10	KOULUTUKSEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI	69
10.1	Suunnittelu	69
10.2	Toteutus	76
10.3	Arviointi	79
11	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	82

12 POHDINTA	87
12.1 Tulosten tarkastelu	87
12.2 Hyödynnettävyys	93
12.3 Jatkoehdotukset	96

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustaulukko
- Liite 2. Saatekirje kartoittava kyselylomakkeen mukana hoitohenkilökunnalle
- Liite 3. Kartoittava kyselylomake hoitohenkilökunnalle
- Liite 4. Koulutuksen tuntisuunnitelma
- Liite 5. Kutsu koulutukseen
- Liite 6. Koulutustilaisuuden materiaali PowerPoint esityksenä
- Liite 7. Koulutustilaisuuden palautelomake
- Liite 8. Tutkimuslupa

1 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla hoitohenkilökunta joutuu vuodeosastoilla hoitotyössä kohtamaan ja tekemisiin potilaan fyysistä rajoittamisen kanssa päivittäin, joissa potilaiden itsemääräämisoikeutta ja fyysistä vapautta rajoitetaan. Rajoittamista lisäävät potilaiden eri sairaudet, tapaturmat tai hoitotoimenpiteistä johtuvat esimerkiksi sekavuustilat, lisääntynyt päihteiden käyttö, vastentahtoisten hoitotoimenpiteiden suorittaminen ja erimielisyydet hoidosta. (Saarnio 2009, 55 - 57; Saarnio Isola, & Bacman 2007, 110; Paunio 2009.) Potilaan rajoittamista somaattisessa hoidossa voidaan rajoittaa vain päihdehuoltolain (17.1.1986/41), tartuntatautilain (25.7.1986/583) ja kehitysvammaisten erityishuollosta (23.6.1977/519) annetun lain nojalla. Edellä mainitut lait soveltuvat vain joissakin tapauksissa somaattisessa hoidossa eteen tulevissa tilanteissa, joissa tarvitaan rajoittaa potilaan fyysistä vapautta. Mikäli edellä mainitut lait eivät sovellu, potilaan fyysinen rajoittaminen on lainvastaista peruslakiin (11.6.1999/731) ja potilaan asemaa ja oikeuksia säätelevään lakiin (17.8.1992/785) nähden. Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) säätelee mielenterveyspalveluissa käytettävästä tahdosta riippumattomasta hoidosta potilaan kohdalla. Rajoittamisen perusteluna voidaan käyttää ainoastaan, jos tilanne on henkeä tai terveyttä uhkaava näin ollen potilas on vaaraksi itselleen tai toisille. Potilaan fyysinen rajoittaminen tulee perustua lääkärin määräykseen. Yhdistyneiden kansakuntien kansalaisoikeuksia ja poliittisiin oikeuksiin koskeva kansainvälinen yleissopimus (8/1976) sekä Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) takaa yksilölle oikeuden vapauteen, jos lakiin perustuvia syitä fyysiseen rajoittamiseen ei ole. Tästä johtuen hoitohenkilökunnalla ei ole oikeutta rajoittaa fyysisesti potilasta, jos rajoittaminen ei perustu hoitotyössä perustuviin lakeihin. (Paunio 2009.)

Somaattisessa hoidossa tapahtuvasta fyysistä rajoittamista on tutkittu vähemmän ja se on usein vaiettu asia. Fyysistä rajoittamista käytetään kaikessa hiljaisuudessa, eikä niitä aina edes mielletä potilaan rajoittamiseksi. Tämän hetkiset saatavilla olevat tutkimukset keskittyvät psykiatrisen sairaanhoidon puolelle. Somaattisen puolen tutkimukset käsittelevät enimmäkseen vanhusten fyysistä rajoittamista. Syitä fyysiseen rajoittamiseen on monia, mutta kenen etua lopulta ajetaan ja liittyykö siihen eettisiä ristiriitoja. (Saarnio 2009, 15 - 17.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta Etene on esittänyt, että potilaan itsemääräämisen rajoitteista säädettäisiin erillislaissa siten, että säädökset kirjattaisiin tarpeeksi yleisellä tasolla.

Lain tulisi käsitellä esimerkiksi suoja- ja rajoitustoimenpiteiden ehkäisemisestä sekä sallittuja suoja- ja rajoitustoimenpiteitä vapaaehtoisessa hoidossa. Perustavoite olisi rajoittamisen vähentäminen, mutta toisaalta turvallisuuden kannalta välttämättömien toimien salliminen. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2009, 3.)

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN PROSESSIN KULKU

Kehittämistehtävä on prosessi, jonka tavoitteena tähdätä toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen sekä muutokseen, näin saavutetaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat tai -rakenteet ovat olleet. Lähtökohtana voi olla nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat tai toisaalta näky jostakin uudesta. Kehittäminen voi kohdistua yksittäiseen työntekijään ja hänen ammatilliseen osaamiseensa tai koko organisaation yhteisen toimintatavan selkeyttämiseen tai rakenteellisiin uudistuksiin. Muutoksen tavoitteena on saada muutosta työntekijän työteon tavassa tai menetelmissä tai tehostamaan työtään oikeilla välineillä ja uudella työjaolla. Uudistukset kohdistuvat tyypillisesti yhteen paikalliseen organisaatioon tai sen osaan, esimerkiksi vuodeosaston toimintatavan uudistamiseen. Kaikessa tavoitteellisuudessa kehittäminen on keskeinen elementti. (Toikko & Rantanen 2009, 14 - 17; Heikkinen 2008, 60 - 64.)

Kehittämistehtävän lähtökohtana on tutkimusongelmien ratkaisun sijasta käytännöllisempi, sen tarkoituksena määritellään lähtemällä siitä ongelmasta, johon pyritään vaikuttamaan. Sen tarkoituksena yhdistää teorian ja käytännön. Yleisesti kehittämismenetelmät tukeutuvat oletukseen, jonka mukaan menetelmällä saadaan aikaan tavoiteltuja tuloksia. Tavoite tulee olla mahdollisimman konkreettinen. Kehittämistehtävän päämääränä on käytännön hyöty, tiedon lisääminen sekä kehitettävä käytäntö paremmaksi toimivaksi käytännössä. (Toikko & Rantanen 2009, 17 - 18, 75; Heikkinen 2008, 16 - 17, 22.)

Kehittämisellä voidaan toteuttaa ennen kaikkea hoitotyössä arkia asioiden korjaamista, parantamista sekä uusien ideoiden keksimisen edistämistä, ja niiden levittämistä ja vakiinnuttamista. Onnistunut kehittämisen tuotosta saatetaan hyödyntää ja sitä kautta levitä laajemmin toisten organisaatioiden ja toimijoiden käyttöön. Kehittämisellä tähdätään lisäksi uuden tiedon ja taidon siirtoon käytäntöön uusien työvälineiden avulla, joita pyritään saamaan esille koulutuksen avulla. Kehittämistä

voidaan toteuttaa erilaisilla arviointi-, koulutus- ja konsultaatioprojekteina. Asiantuntija- ammatteihin sisältyy jo lähtökohtaisesti ajatus hoitotyön osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. Kehittämisen kohteena voi olla työyhteisön kouluttaminen, sitä voidaan pitää koko työyhteisön asiana. (Toikko & Rantanen 2009, 14 - 16; Saarnio & Isola 2009, 342 - 343.)

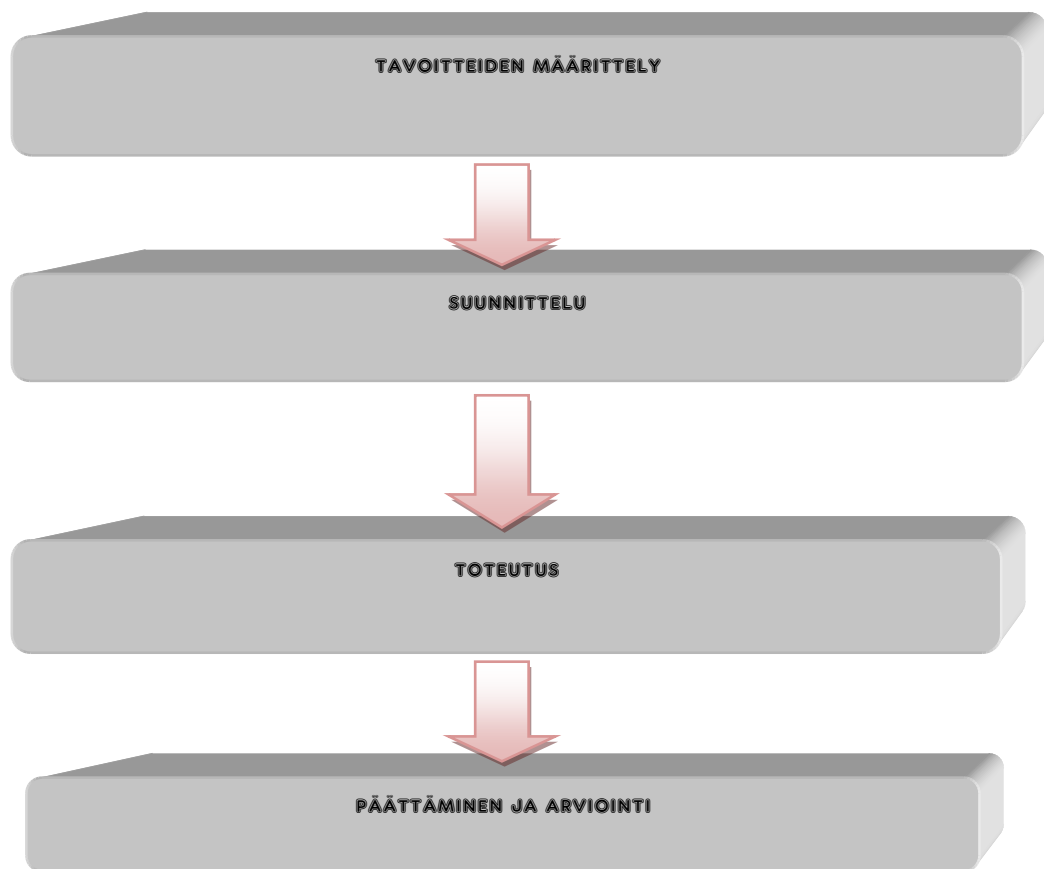
Kehittämistehtävässä valinnan perustelut menetelmien suhteen, ei ole monesti samalla tavalla perusteltuja suhteessa kehittämistavoitteisiin, niin kuin perinteisessä tutkimuksessa. Sen erityisyys liittyykin vahvaan käyttösuhteeseen ja tarkoituksenmukaisuuteen kehittämisen näkökulmasta. Tässä työn yhtenä tarkoituksena on vaikuttaa hoitohenkilökunnan toimintaan fyysisen rajoittamisen suhteen. (Seppänen- Järvelä 2007, 17 - 33.)

Kehittämistehtävässä tavoitteiden saavuttamiseksi on välttämätöntä tiedon kerääminen. Tietoa käytetään perustelemaan kehittämisen tarvetta, tukemaan muutosta ja rakentamaan uusia laadukkaita toimitapoja, menetelmiä ja palveluja. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 108 - 109.) Kehittämistoiminnassa pyritään tiedontuotantoon. Prosessin aikana tuotettu tieto on yleisesti luonteeltaan käytännöllistä, sen tarkoituksena on tukea omaa oppimista ja oman toiminnan kehittämistä. Toiminta perustuu tutkittuun tietoon, joita sovelletaan tilannekohtaisesti arvioiden. (Toikko & Rantanen 2009, 113 - 114.) Tämän kehittämistehtävän tiedonlähteitä ovat kirjallisuus, sähköiset tietolähteet, osastoille suunnattu lähtötilanteen kartoittava kysely ja henkilökohtaiset havainnot. Havaintoja tehtiin hoitohenkilökunnan toiminnasta fyysisestä rajoittamisesta ollessani työssä osastoilla. Havainnoinnin tuloksena hoitajilla olevan ajoittain epävarmuutta toiminnassaan ja ongelmia tunnistaa fyysisen rajoittamisen lakiin perustuva toiminta. Lisäksi hoitajista useat kertoivat tunteneensa olonsa epävarmaksi kohdatessaan työssään fyysistä rajoittamista kohdistuen potilaaseen, kuinka toimia ja onko oikein toimia ja mihin perustuu toiminta. Monet tietävät toimineensa eettisesti väärin, mutta perustelevat päätöksensä potilaan turvallisuuteen vedoten.

Toikan mukaan kehittämisprosessin voi jakaa viiteen erilaisesta tehtäväkokonaisuudesta muodostuvaan, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi (Toikko & Rantanen 2009, 56). Vilkan mukaan vaiheet voidaan jakaa ideatasoon, sitoutumiseen, toteuttamiseen, kirjoittamiseen ja

tiedottamiseen (Vilkka 2007a, 42 - 43). Kehittäminen voidaan esittää lineaarisesti, tasolta toiselle, spiraalina tai spagettimaisesti etevinä prosesseina (Toikko & Rantanen 2009, 56). Tässä työssä käytetään lineaarista mallia, jonka mukaan työ etenee.

Kehittämistoiminnan tehtäväkokonaisuuksien välinen suhde voidaan hahmottaa lineaarisen mallin avulla. Tämä tarkoittaa tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi (Kuva 1). Työlle määritellään tavoite, joka perustuu ideaan, tarpeeseen tai toimintaympäristön muutokseen. Tavoitteen määrittelyssä pyritään rajattuihin ja selkeisiin tavoitteisiin, joka on projektin perusta. (Toikka & Rantanen 2009, 64.)



Kuva 1. Toikan ja Rantasen esittämä projektityön lineaarinen malli (Toikka & Rantanen 2009, 64)

Suunnitteluvaiheessa työlle laaditaan tavoitteet ja mietitään ketkä osallistuvat kehittämisen toteuttamiseen. Haluttaessaan voidaan tehdä myös kartoitus, jonka tarkoituksena on kartoittaa työn onnistumisen mahdollisuudet sekä edellytykset. Tällä tavoin varmistaa työn ennakoitu lopputulos joka tukee organisaation toiminnallisia tavoitteita. Suunnittelun tuloksena syntyy tarkennettu toimintasuunnitelma, joka

sisältää aikataulun, budjetin, riskianalyysin, resurssianalyysin, työsuunnitelman sekä viestintä- ja dokumentointisuunnitelman. Suunnitelmassa keskeisenä on myös vastuiden määrittely. (Toikko & Rantanen 2009, 64 - 65.)

Toteutumisvaiheessa suunnitelma saattaa muuttua jonkin verran, joten suunnitelmaa saatetaan joutua täydentämään tai muutamaan. Tarkennetulla suunnitelmalla pyritään tarkentamaan mihin kehittämisellä pyritään ja ketkä siihen osallistuvat. Toteutusvaiheen aikana toteutetaan suunniteltu kehittämisen tuote, joka on tässä työssä koulutuksen järjestäminen. Toteutukseen liittyy työn tulosten käyttöönotto, jolla pyritään varmistamaan tulosten hyödynnettävyys. (Toikko & Rantanen 2009, 65.)

Viimeisenä vaiheena on työn päättäminen ja arviointi. Aika työlle on rajattu, joten työlle täytyy olla selkeä päättymispiste, jolla on yleisesti luontainen taipumus jatkua, kun työn edetessä esiin nousseita ehdotuksia ryhdytään toteuttamaan. Työ pyritään lopettamaan suunnitellusti, jolloin päätös vaiheeseen kuuluu työn lopullinen raportointi, sekä jatkoideoiden esittäminen. Arviointia tarkasteltaessa arvioidaan tavoitteen saavuttaminen, joka voi olla verbaalista arviointia, suullista ja kirjallista. (Toikko & Rantanen 2009, 65 - 66; Saarnio & Isola 2009, 339.)

Opinnäytetyö tehdään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän Peruspalvelukeskus Aavan alueelle toimivalle terveystieteiden vuodeosastoille kehittämistehtävänä. Tämän kehittämistehtävän lopullinen idea oli suunnitella ja toteuttaa ja järjestää koulutustilaisuus vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Koulutuksen sisältö koostuu kartoittavasta kyselyn tuloksista, aikaisemmasta tutkitusta teorian tiedosta ja osastohoitaja Riitta Karjalaisen kanssa tapaamisissa, joissa yhdessä rajaamamme aiheet. Näiden keskustelujen aikana yhdessä työelämäneustajan kanssa mietittiin ja pohdittiin, minkälaista tietoa osastojen hoitohenkilökunta tarvitsisi. Päädyimme yhdessä samaan koulutuksessa käsiteltävään sisältöön, joka perustui saatavassa olevaan teoriaan ja tutkimuksiin. Työelämäneustaja Riitta Karjalainen asetti omat vaatimukset koulutuksessa käytävistä asioista.

Aluksi otin yhteyttä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän Peruspalvelukeskus Aavan alueelle toimiville terveystieteiden vuodeosaston osastonhoitajaan Riitta Karjalaiseen syksyllä 2010, joka oli myös yhteistyötahona ja ohjaajana opinnäytetyössä. Hänen kanssaan aluksi pohdimme yhdessä aihetta opinnäytetyöhöni.

Hän ehdotti työssäni olevaa aihetta. Mielenkiintoni aiheeseen heräsi heti, koska olin harjoittelun aikana ollessani suljetulla akuutilla psykiatrisella osastolla ja aikaisempi työkokemus vuodeostosta ja näissä kohtaamani potilaan fyysisen rajoittamisen eri näkökannat ja toimintatavat.

Suunnitelmani on tehdä esimerkiksi opinnäytetyönä jokin opas osastoille tai muuna vaihtoehtona oli kysely tai haastattelu. Osastonhoitajalta Riitta Karjalaisella tuli kuitenkin toive, että työtä ei tehtäisi kyselyn muodossa jo ennalta odotettavista olevasta huonoista vastausprosentista. Osastonhoitajan aikaisemman kokemuksen ja yleisestä vallitsevasta muissa tutkimuksissa olevista asenteista kyselyihin päätimme yhdessä hylätä ajatuksen. Toisena vaihtoehtona oli tehdä haastattelu hoitohenkilökunnalla, ehdotin asiaa opinnäytetyön ohjaajalleni Mirja Nurmelle, mutta hänellä oli parempi vaihto-ehto millä tavalla työ toteutettaisiin. Tehdä kehittämistyönä, jonka avulla järjestettäisiin koulutustilaisuus opinnäytetyön aiheesta. Asian ehdotettua työelämänedustajalle Riitta Karjalaiselle, hän hyväksyi asian ja piti asiaa erinomaisena. Otin hankkeen heti tehtäväkseni kun kävi ilmi, että sen voi toteuttaa työyhteisön sisäisenä koulutuksena. Tässä etuina oli se, että kouluttajana minulla oli näkemystä päivittäisestä hoitotyöstä ja siinä esille tulevasta potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Opinnäytetyöstä tehtiin lopullinen sopimus työelämänedustajan osastohoitaja Riitta Karjalaisen kanssa 28.4.2011, vaikka olin saanut jo suullisen sopimuksen joulukuun 2010 - tammikuun 2011 välillä, näin ollen pystyin jo heti tuolloin lähtemään hakemaan ja keräämään tietoa opinnäytetyöhöni. Opettajakokous hyväksyi ja vahvisti aiheen potilaan fyysinen rajoittaminen akuutilla vuodeosastolla päivittäisessä hoitotyössä 11.5.2011.

Opinnäytetyön etenemisprosessiin kuuluu aivan aluksi tiedon kerääminen eri lähteistä. Teoriatiedon haku käynnistyi talvella 2011 ja sitä tehtiin kevääseen 2012. Teoreettisen pohjaan on kerätty ammatillisesta koskevasta kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä sähköisistä tietokannoista. Teoreettista tietoa hain vuosina 2000- 2011 julkaistuista tähän aiheeseen koskevista tutkimuksista sekä ajankohtaisista artikkeleista. Tietokantoina käytin Aleksia ja Nelliä sekä Mediciä ja Cinahlia, joista löytyi sekä ammatti- ja tutkimusartikkeleita sekä ulkomaisia hoitotyö- ja hoitotiedeartikkeleita. Tietoa kerättiin myös yhdistysten ja liittojen Internet-sivuilta, sekä tutkielmista.

Kehittäminen tähtää muutokseen, sillä tavoitellaan aikaisempaa parempaa ja tehokkaampaa toimintatapaa. Kehittämisen keskeinen elementti on tavoitteellisuus. Kehittämistoiminta voi kohdistua työntekijöiden osaamiseen ja tavoitteena on aikaan saada muutos työntekijän työnteon tavassa ja menetelmissä. (Toikka & Rantanen 2009, 16.) Kehittämisellä tarkoitus on saada nykytilanteen ongelma ratkaistua ja muuttaa toimintaa haluttuun suuntaan. Usein työn edetessä joudutaan priorisoimaan asioita, koska kaikkea ei aina ole mahdollista toteuttaa resurssien takia. Toteutus pyritään rajaamaan tarkasti ja kohdentamaan johonkin tiettyyn kehittämisen kohteeseen. (Toikka & Rantanen 2009, 59 - 60.) Opitut taidot lisäävät kykyä selviytyä erilaisista käytännön tilanteista ja tuovat varmuutta hoitajalle, kun he soveltavat oppimansa tietoa ja taitoa.

Suunnittelu takaa paremman pohjan onnistuneelle toteutukselle. Suunnittelua tehdessään lähtökohtana kannattaa pitää työyhteisön tarpeet koulutuksen suhteen, jotta voidaan hyödyntää kehitettyjä toimintatapoja. Täytyy olla visio siitä, mitä ja mihin suuntaan halutaan kehittää työyhteisöä esimerkiksi koulutuksen avulla, tämän jälkeen voidaan alkaa miettiä, miten tutkittua tietoa voidaan hyödyntää kehittämistehtävässä tavoitteiden saavuttamiseksi. Aikaisemmat toimintatavat koetaan usein aluksi paremmaksi sekä turvallisemmaksi uusien toimintatapojen sijasta. Hyvin tehdyn suunnitelman avulla voidaan edetä kehityksessä järjestelmällisesti ja havaita ajoissa mahdollisia tulevia ongelmia. Kun suunnitelma tehdään ennakoiden, välttyään monesti turhilta hätäratkaisuilta, jotka eivät välttämättä pitkässä juoksussa palvele työyhteisöä kokonaisuuden kannalta kuten pitäisivät. (Toikka & Rantanen 2009, 64 - 65.)

Suunnitteluvaiheessa tein yhteistyötä työelämänedustajan osastohoitaja Riitta Karjalaisen ja ohjaavan opettajan Mirja Nurmen kanssa. Valitsin tässä vaiheessa työhön liittyvää aineistoa sekä laadin aikataulun tehtävän tekemiseen. Laadin myös tavoitteet työlle. Suunnitelmaa tehdessäni rajasin työn mahdollisimman tarkasti, jotta työ pysyisi sille asetetuissa mittasuhteissa. Aiheen rajauksen suunnittelulla pyrin siihen, että se palvelisi vuodeosastojen hoitohenkilökuntaa parhaiten. Koko kehittämistehtävän aikana hain ohjausta myös ohjaavalta opettajalta, jonka kanssa yhteistyö sujui ongelmitta ja häneltä sain hyviä ehdotuksia työn edetessä.

Tämän kehittämistyön ideana on suunnitella, toteuttaa ja järjestää keväällä huhtikuussa 2012 koulutus, jonka materiaali esitetään luentona Microsoft PowerPoint-ohjelmalla esitys Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän Peruspalvelukeskus Aavan alueelle toimivalle terveystakeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle potilaan fyysisestä rajoittamisesta päivittäisessä hoitotyössä. Tarkoituksena oli havainnoida kahden päivän ajan osastoilla mitä mahdollisia eri toimia käytetään potilaan rajoittamisena osastoilla. Tarkoituksena on olla yhden päivän osastoa kohden ja näin saada tietoa vuodeosaston potilaiden fyysisestä rajoittamisesta, mitä keinoja mahdollisesti käytetään. Tietoa ja havaintoja on tarkoitus esittää koulutustilaisuudessa hoitohenkilökunnalle. Näin he saisivat tarkan kuvan osastojen toiminnasta potilaan fyysisen rajoittamisen ollessa kyseessä. Tämä suunnitelma ei toteutunut suunnitellusti, koska Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä ei myönnetä tutkimuslupaa potilasta koskeviin tutkimuksiin ammattikorkeakoulutasoisiin opinnäytetöihin.

Lähtökohtana koulutukselle on aina työyhteisön tarpeet. Tämän opinnäytetyön koulutuksen suunnittelun perustana on työelämästä lähtevä tarve, sekä aiemmasta tutkimuksesta tiedosta noussut tieto koulutuksen tarpeellisuudesta. Tarpeiden selvittämiseksi täytyy olla tutkittua ja syvällistä tietoa jo käytössä olevista ratkaisuksista työyhteisössä. On ymmärrettävä täysin työyhteisön päivittäiset rutiinit ja niihin käytettävä työpanos. Tältä pohjalta voidaan alkaa suunnitella mahdollisia alueita, joille voitaisiin tuoda suoranaista hyötyä työyhteisölle. Onnistuminen vaatii uuden oppimista, opittujen toimintatapojen uudistamista sekä toimintatapojen kehittämistä. (Vilka 2007a, 44 - 47; Tietoyhteiskunnan kehittämiskeskus ry (TIEKE) 2004.) Kehitysprosessin palveltaessa parhaiten sekä hyödyttäen juuri vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tarpeita, päätettiin järjestää koulutuksen sisällöstä pieni muotoisen lähtötilanteen kartoitus kartoittavan kyselyn muodossa hoitohenkilökunnalle maaliskuun vaihteessa 2012. Tätä ennen kuitenkin hain tutkimusluvan ja se hyväksyttiin (liite 8) ennen kartoittavan kyselyn viemistä osastoille, joka oli maaliskuussa 2012.

Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa lähtötilanne ja tämän perusteella suunnitellaan koulutuksen sisältö. Kartoitus suoritetaan kyselylomakkeen avulla, koska halutaan mahdollisimman monen hoitohenkilökunnan mielipide. Kyselyn tulosten, työelämän edustajan toivomusten ja tutkitun tiedon pohjalta koulutustilaisuuden materiaali kootaan järjestettävään koulutukseen. Tarkoituksena oli koulutuksen järjestäminen

huhtikuussa 2012, siinä käsitellään myös kartoittavan kyselyn saadut tulokset. Kartoittavassa kyselyssä kartoitetaan hoitohenkilökunnan taustatekijät ja kartoitetaan potilaan rajoittamista koskevia tilanteista tietoa. Suurten vastausmäärien saaminen muilla menetelmillä on vaikeaa, koska suurin osa hoitohenkilökunnasta tekee kolmivuorotyö ja näin ollen he ovat työvuoroissa eri vuorokauden aikoina.

Kartoittavan kyselyssä käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, jossa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Valitsin kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska kyselyn tarkoituksena on tuoda esiin selkeästi vastaukset lukuina ja prosentteina. Näin ollen kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu parhaiten kartoittavan kyselyn tutkimiseen. Lisäksi valitsin kvantitatiivisen tutkimuksen myös sen takia, koska haluan havainnollistaa tuloksia pylväin, taulukoin ja kuvioin. Näin tulokset ovat helposti luettavissa ja ymmärrettävissä. Määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista sekä helpottaa numeeristen tietojen tarkastelua. Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. (Vilka 2007a, 89 - 94; Vilka 2007b, 13 - 14, 135 - 142.)

Kartoittava kyselylomake muodostuu kymmenestä suljetusta eli strukturoidusta kysymyksestä, ja näistä viisi on sekamuotoisia kysymyksiä ja lisäksi yhdestä avoimesta kysymyksestä. Kysymyksissä kuusi ja seitsemän käytettiin likertin asteikkoa. Kyselylomakkeen alkuun sijoitin taustatiedot vastaajista. Kysymyksissä 5 - 9 tuodaan esille hoitajien tämän hetkinen tietämys potilaan rajoittamisesta ja siinä toimiessa. Kysymykset perustuivat aikaisempiin tutkimuksista nouseviin asioihin, mitkä vaikuttavat potilaan rajoittamiseen. Kysymykset laadittiin helpoksi ja nopeaksi vastattaviksi, näin varmistamme mahdollisimman monen kyselyyn vastaamisen. Lomaketta laadittaessa on huomioitava, ettei vastausvaihtoehtoja ole liian monta. (Heikkilä 2010, 50 - 51; Vilka 2007b, 46 - 47, 67 - 69.) Kysymykset 1, 5 - 10 on laadittu niin että, vastaaja ympyröi tämän hetkisen parhaiten omaa tilannetta kuvaavaan vaihtoehtoon. Kyselyn viimeisen kysymykseen pyydettiin kohderyhmää vastaamaan sanallisesti omin sanoin. Kyselylomakkeen alkuun laitettiin ohjeet kyselyn vastaamiseen. Kartoittavan kyselyn tulokset syötetään Microsoft Excel - taulukko-ohjelmaan. Kyselyn avoimen kysymyksen vastaukset analysoidaan sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Analysoinnin tarkoitus on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, kuitenkin muuttamatta vastausten tuomaa

informaatiota. Kyselylomakkeet numeroidaan ja kysymykset käsitellään kysymys kerrallaan. Vastausten tulokset analysoidaan numeroin ja sanoin. Kysymysten pohjalta muodostetaan alustavasti koulutuksen sisällön rakentaminen. (Vilkkä 2007b, 67 - 79)

Kartoittavan kyselyn luotettavuutta päätettiin lisätä esitestaamalla kyselylomake kahdella eri hoitajalla. Toinen esitestaaja on koulutukseltaan lähihoitaja ja sairaanhoitaja ja toinen vastaajista on lähihoitaja ja molemmat työskentelevät Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Molemmilla hoitajalla on kokemusta myös kyseisistä osastoissa sijaisena työskennellessä. Kumpikaan ei osallistu varsinaiseen tutkimukseen. Esitestaajien mahdolliset tarpeelliset ehdotukset huomioidaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomake annetaan tarkastettavaksi ja hyväksyttäväksi ohjaavalle opettajalle Mirja Nurmelle ja työelämänedustajalle osastohoitaja Riitta Karjalaiselle. (Vilkkä 2007b, 78.)

Kartoittavan kyselyn mukaan rakennettiin saatekirje (liite 2), jossa tuodaan esille kyselyn tarkoitus ja kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus ja kyselyntekijän tausta yhteystietoineen mahdollisista esiin tulevista kysymyksistä. Saatekirjeen tarkoitus on motivoida ja kannustaa vastaajan vastaamaan kyselyyn. Saatekirje ja kartoittava kyselylomake toimitetaan osastolle henkilökohtaisesti kirjekuoressa. Tavoitteena on kyselyn antaminen mahdollisimman monelle henkilökohtaisesti. Kyselyyn vastaajat voivat palauttaa suljetussa kirjekuoressa sille osoitettuun paikkaan osastolla. Palautelaatikko on suljettu. Kyselylomakkeen vastaamisaika on kaksi viikkoa. (ks. Vilkkä 2007b, 80 - 88.)

Koulutuksen aihekartoituksen jälkeen alkaa oppimateriaalin suunnittelu. Koulutuksen tarkoituksena on käydä läpi tämän hetkiset lait ja säädökset, mitä tarkoittaa rajoittamien, fyysinen rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus ja mitä se fyysinen rajoittaminen tarkoittaa käytännön hoitotyössä sekä miten huomioida potilasturvallisuus. Koulutuksen sisältö perustui tutkittuun tietoon. Tuotin oppimateriaalin jokaiseen aiheeseen siitä lähtökohdasta, että se toimisi oppimistilanteessa oppimisen tukena ja jälkeensä muistin tukena. Koulutukseen tuotettu materiaali on kerätty hoitohenkilökunnalle saamasta kartoittava kyselyn tuloksista. Kehittämistehtävän avulla olisi luontevaa syventää tietoa potilaan fyysisestä rajoittamisesta ja tarkastella tämä esimerkiksi lakien ja potilaan itsemääräämisen kannalta. Koulutukseen hain aiheeseen liittyvää teorian tietoa

aikaisemmista tutkimuksista, eri määritelmät, lain vaikutus, rajoittamisen syyt, yleisyys ja miten fyysistä rajoittamista voidaan potilaan hoitotyössä välttää.

Tämän hetkisissä tutkimuksissa potilaan rajoittamista tuli esille, että hoitajien epätietoisuus mihin he perustavan potilaan rajoittamisen. Tutkimuksen mukaan eniten rajoittamista tapahtui terveyskeskusten vuodeosastoilla. Lisäksi tuotiin esille koulutuksen vaikutusta vähentämällä potilaan rajoittamista. Hoitohenkilökunnan kouluttamattomuus ja vähyys ovat syitä potilaan rajoittamiseen. Henkilöstön määrä ja osaaminen ovat hoitotyön laadun ja turvallisuuden perustekijöitä. (Saarnio 2009, 55 - 62.) Koulutuksen sisältö perustuu ja rakentuu tutkitun teorian pohjalta. Koulutukseen valittiin seuraavat aiheet lait ja asetukset, potilaan itsemääräämisoikeus, potilaan rajoittamisen eri muodot ja niiden määritykset ja lisäksi fyysiseen rajoittamiseen vaikuttavat tekijät, syyt, yleisyys, vaarat, hoitajien toimintatapa rajoittamistilanteessa, fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen hoitotyössä. Lisäksi koulutuksessa tuodaan esille ja käsitellään kartoittavasta kyselystä saadut tulokset. Tavoitteena on tuottaa oppimateriaalin jokaiseen aiheeseen siitä lähtökohdasta, että se toimisi oppimistilanteessa oppimisen tukena ja jälkeenpäin muistin tukena.

Koulutus on tarkoitus toteuttaa kertaluonteisena koulutustilaisuutena vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena on varata tuo tila etukäteen osastosihteeriltä ja varmistaa koneiden toiminta etukäteen, näin voin ennalta varautua mahdollisiin yllätyksiin. Etukäteen tutustuminen tuo varmuutta koulutuspäivään itselle esiintyjänä ja esityksen kulku sujuu mahdollisesti jouhevasti. Koulutuksen esitettävä materiaali hyväksytetään ohjaavalla opettajalla Mirja Nurmella ja työelämäedustaja Riitta Karjalaisella. Koulutuksen kohderyhmä koostuu kahden osaston hoitohenkilökunnasta. Koulutus on tarkoitettu vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle joiden ammattinimikkeet ovat osastonhoitaja, sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Koulutukseen osallistujilla toisilla on vuosikymmenten työkokemus ja toisilla sitten vähemmän.

Koulutus järjestetään iltapäivällä arkipäivänä, näin ollen varmistetaan mahdollisimman suuren osallistuminen koulutukseen. Työelämän edustajan Riitta Karjalaisen kanssa yhdessä sovitaan koulutuspäivä etukäteen, joka asettuu huhtikuun. Aikatauluja suunnitellessa tavoitteena on saada mahdollisimman suuri määrä osallistujia mukaan koulutukseen. Näin varmistetaan mahdollisimman monen pääsy

koulutukseen. Näin osastohoitaja voi halutessaan työvuoroja tehdessä huomioida mahdollisimman monen pääsyn koulutukseen esimerkiksi muokkaamalla koulutuspäivän työvuoroja. Koulutuksen ajankohdasta tiedotetaan suullisesti, että kirjallisesti osastojen ilmoitustaululla heti koulutuspäivän varmistuttua. Tiedotteessa kerrotaan koulutuksen sisältö, aika ja paikka. Koulutukseen ei tarvitse ilmoittautua etukäteen, vaan sinne saivat tulla kaikki osastojen hoitohenkilökunnasta, jotka sillä hetkellä voivat irrottautua työstään. Koulutukseen tarvittavat välineet, jotka mahdollistavat esitykseen, ovat jo kyseissä koulutustilassa. Muut tarvittavat mahdolliset välineet ja tarvikkeet toimitan itse henkilökohtaisesti paikalle.

Kehittämistehtävän tulokset valmistuttua täytyy saattaa levitykseen. Lopullinen työ toimitetaan kohderyhmän saataville, jolloin on mahdollista ottaa tulokset käyttöön laajempiin kehittämishankkeisiin ja mahdollisiin lisätutkimuksiin. (Toikko & Rantanen 2009, 62 - 63.) Opinnäytetyöhön kuuluvat seminaarit pidettiin seuraavasti ideaseminaari 8.2.2012, suunnitteluseminaari 19.3.2012 ja päättöseminaari 28.5.2012. Tämän opinnäytetyön tekemiseen käytettiin aikaa reilun vuoden verran, siinä ajassa olen tutustunut sekä vanhaan että uuteen tutkittuun tietoon.

Keskeisenä lähtökohtana on arvioinnille hankkeen suunnittelu ja siinä määritetyt tavoitteet. Arvioinnin tehtävänä on arvioida tietoa kehitettävästä asiasta, onko kehittäminen tuottanut tulosta sekä miltä osin on onnistuttu ja onko mahdollisesti jossain kohtaa epäonnistuttu. Lisäksi arvioinnin tehtävänä on, tarkastellaan onko suunnitelma ja työlle asetetut tavoitteet toteutunut ja saavutettu. Siinä analysoidaan prosessin tulokset. (Toikka & Rantanen 2009, 61 - 62.) Työn luotettavuuden arvioinnissa on käytetty käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti, joista reliabiliteetti kuvaa toistettavuutta ja validiteetti sitä kuinka yleistettäviä tulokset ovat ja tutkitaanko sitä, mitä on tarkoituskin tutkia (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113.) Opinnäytetyössä validiteetti näkyi työn edetessä siinä, että pitäydyin valitussa aiheessa, jossa kohderyhmänä ovat vuodeosaston hoitohenkilökunta ja heidän tarpeet järjestää heille koulutus. Reliabiliteetti tekijöitä huomioitiin toiminnan eri vaiheessa muun muassa valmistumalla ja perehtymällä hyvin ohjaustilaisuuksiin ja koulutuksen järjestämiseen. Haasteellisia tekijöitä työssä on esimerkiksi tietokoneiden toimivuus koulutuspäivänä.

Kehittämistehtävässä pyritään tarkastelemaan kohderyhmän tarpeita, opinnäytetyön tekijän toimintaa sekä mahdollisuutta vastata hoitohenkilökunnan tarpeisiin ja näin ollen edistää kohderyhmän tietoutta potilaan fyysisestä rajoittamisesta. (Toikka & Rantanen 2009, 54 - 55.) Arvioin jatkuvasti omaa toimintaa ja muutin toimintaa työn etenemisen kannalta parhaaksi katsomallani tavalla. Tarkastelin omaa työtä kriittisesti saadun palautteen ja ohjauksien perusteella.

Koulutuksen arvioinnin onnistumista, tarpeellisuudesta ja hyödyllisyyttä on tarkoitus kartoittaa palautelomakkeella. Koulutuksen päätyttyä koulutukseen osallistuneet täyttävät palautelomakkeen, joilla arvioidaan koulutuksen onnistumista ja sen hyödyllisyyttä. Kysymyksillä pyritään kartoittamaan esimerkiksi koulutusmateriaalia, koulutuksen tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä ja siitä, kuinka koulutustilaisuus kokonaisuudessa onnistui. Palautelomake jaetaan koulutuksen alussa ja palautetaan koulutuksen lopussa ennen huoneesta poistumista. Palautelomake palautetaan nimettömänä. Palautelomakkeen palauttamien on vapaaehtoisia ja sen sisältö on tarkoitus analysoida koulutuksen jälkeen ja tehdä niistä yhteenveto. Koulutukseen osallistujien palauttamat ja saamat vastaukset syötetään Microsoft Excel taulukko-ohjelmaan. Tulokset raportoidaan pylväin, kaavioin ja taulukoin. Tulokset julkistetaan valmiissa opinnäytetyössä ja lisäksi tulosten yhteenveto raportoidaan työn tilaajalle työelämäneustajalle osastohoitaja Riitta Karjalaiselle.

Työn kustannukset koostuvat lähinnä tulostus- ja paperikuluista ja 2 kpl:sta muistitikusta. Koulutus järjestetään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön Peruspalvelukeskuksen terveyskeskuksen isossa neuvottelutilassa/ koulutustilassa, mistä ei tarvitse maksaa tilavuokraa. Kyseisessä koulutustilassa on esitykseen mahdollistavat välineet. Koulutuksen esitys ja materiaali on sähköisenä muodossa, josta ei aiheudu mitään kuluja. Työstä aiheutuvat mahdolliset puhelinlaskukulut opinnäytetyöntekijänä kustannan itse, yleisesti asioin työelämäneustajan kanssa oman työvuoron yhteydessä ja ohjaajan kanssa olen pääsääntöisesti yhteydessä sähköpostitse. Matkakulut koostuvat lähinnä ohjausaikoihin osallistumisesta. Koulutuksessa mahdollisesti tarjottava pieni syötävästä aiheutuvat kustannukset opinnäytetyön tekijä kustantaa itse. Näiden tuotteisiin menevää kustannusta ei voi ilmoittaa, työn tekijällä on mahdollisuus saada eräästä leipomoalan yrityksestä henkilökunnan alennuksen mukaan hankittu ja nämä tuotteiden hinnat eivät ole

yleiseen tietoon kuuluvia tietoja. Yhteenvedona työstä aiheutuvat kustannukset opinnäytetyöntekijä kustantaa itse.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä fyysistä rajoittamista somaattisessa hoidossa ei ole tukittu samassa mittakaavassa kuin psykiatrisessa hoidossa. Potilaan fyysinen rajoittaminen on ollut mediassa esillä paljon tämän hetkisissä lehdissä ja Internetissä. Media on käsitellyt aihetta potilaan kohtelemisen kannalta, miten hoitohenkilökunta toimii päivittäisessä hoitotyössä ja miten hoitohenkilökunnan ammattipätevyys ja hoitohenkilökunnan tämän hetkiset resurssit ja asenteet vaikuttavat hoitotyöhön. (ks. Berner 2010; Satakunnan Kansa 2011; Kettumäki & Vähäsarja 2009; Ahtokivi 2012; Helsingin Sanomat 2010; Pakkala 2009.) Lisäksi aiheeseen liittyy henkilökohtainen kiinnostus aiheeseen. Sairaanhoidajakoulutuksen aikana ollessani harjoittelemassa akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla, siellä tutustuin psykiatrisen potilaan fyysiseen rajoittamiseen ja lain määrittämiin asetuksiin ja niiden vaikutusta päivittäiseen hoitotyöhön. Vertaillen, miten hoitohenkilökunta toimii somaattisen potilaan fyysisessä rajoittamisessa, tuloksena on että se on paljon kirjavampaa ja eikä fyysinen rajoittaminen perustu aina lakiin eikä asialla ollut aina lääkärin määräystä. Tämä herätti lisää omaa mielenkiintoa asiaan, miksi näin toimitaan ja onko esimerkiksi omassa tämän hetkisessä työyhteisössä hoitohenkilökunta tietoinen esimerkiksi siitä mitä tarkoittaa fyysinen rajoittaminen ja kuinka laki säätelee sitä.

Tarve opinnäytetyölle nousi työelämästä, työelämänedustaja osastonhoitaja Riitta Karjalainen tarjosi tätä aihetta. Hänen kiinnostus siitä, miten fyysistä rajoittamista käytetään osastoilla ja mitä tietoa hoitohenkilökunnalla on fyysisestä rajoittamisesta esimerkiksi lain antamat määräykset potilaan fyysiselle rajoittamiselle. Tässä opinnäytetyössä työ on rajattu potilaan fyysiseen rajoittamiseen vuodeosastolla. Opinnäytetyöstä saisi todella laajan, mutta ajanpuutteen ja yksin tehden opinnäytetyötä, minun oli pakko rajata aihetta.

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistehtävänä, jonka tavoitteena on luoda kokonaiskuva ja tuottaa tutkittua tietoa fyysisestä rajoittamisesta vuodeosastojen hoitohenkilöstölle koulutuksen välityksellä, jotka työskentelevät vuodeosastolla ja kohtaavat väistämättä potilaan fyysistä rajoittamista päivittäisessä hoitotyössä. Saatua

tutkittua tietoa voidaan käyttää hoitotyön päivittäisissä toiminnoissa ja hoitotyön kehittämisessä vuodeosastolla vähentämällä fyysistä rajoittamisen käyttöä. Lisäksi tieto hyödyttäisi vuodeosastojen hoitohenkilökuntaa ja olisi avuksi eettisen ajattelun, pohdinnan ja toimintatapojen kehittämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä eri fyysisiä rajoitteita käytetään päivittäisessä hoitotyössä. Tässä työssä fyysisellä rajoittamisella ja rajoitustoimenpiteillä tarkoitetaan sellaisia toimia, joilla puututaan fyysiseen vapauteen estämällä potilasta. Henkilökohtaiset tavoitteet ovat saada kokemusta koulutuksen järjestämisestä, sekä opettamisesta ja ohjaamisesta. Lisäksi kasvaa ja kehittyä omassa ammatillisuudessa hankitun teorian tiedon pohjalta.

Toteutus tässä kehittämistehtävässä tarkoittaa hoitohenkilökunnalle järjestettävä koulutus. Koulutuksen tavoitteena on suunnitella ja toteuttaa ja järjestää ja luoda tilaisuus vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle potilaan rajoittamista koskeva koulutuspaketti. Lisäksi tavoitteena on koulutuksen avulla välittää, lisätä ja vahvistaa hoitohenkilökunnan teorian tietämystä potilaan rajoittamista koskevissa tilanteissa hoitotyössä ja olla pohjana eettiselle pohdinnalle. Tiedon lisääminen ja kertaaminen ja ammattitaidon kehittäminen on koulutuksen yhtenä tehtävänä ja tavoitteena. Opetut taidot lisäävät kykyä selviytyä erilaisista käytännön tilanteista ja tuovat varmuutta hoitajalle, kun he soveltavat oppimansa tietoa ja taitoa. Koulutuksen avulla olisi luontevaa syventää tietoa potilaan fyysisestä rajoittamisesta ja tarkastella tämä esimerkiksi lakien ja potilaan itsemääräämisen kannalta. Teoriatietoa on tavoitteena havainnollistaa ja hyödyntää potilasesimerkein. Koulutuksen aikana on tarkoitus käydä ja tuoda ilmi kartoittavan kyselyn tulokset ja niiden vertaaminen olemassa oleviin tutkittuun tietoon. Koulutuksen tavoitteena on pysyä aikataulussa ja käydä läpi kaikki suunnitellut aiheet ja edetä aiheesta toiseen loogisesti. Koulutukseen haetaan aiheeseen liittyvää teorian tietoa aikaisemmista tutkimuksista, eri määritelmät, lain vaikutus, rajoittamisen syyt, yleisyys ja miten fyysistä rajoittamista voidaan potilaan hoitotyössä välttää.

Hoitohenkilökunnalle järjestettävälle koulutukselle laaditut tavoitteet on

1. vastata hoitajien tiedon tarpeisiin sisältäen kaikki potilaan fyysistä rajoittamista koskevat hoidon perusasiat
2. luoda selkeä kokonaisuus
3. olla pohjana eettiselle pohdinnalle

4. yhtenäistää potilaan fyysisen rajoittamisen käytäntöä hoitotyössä vuodeosastolla

Henkilökohtaiset tavoitteet ovat saada kokemusta koulutuksen järjestämisestä, sekä opettamisesta ja ohjaamisesta ja näin ollen opettaa ja ohjeistaa selkeästi ja ymmärrettävästi tuoda esille koulutuksen materiaali sekä lisäksi kasvaa ja kehittyä omassa ammatillisuudessa hankitun teorian tiedon pohjalta.

4 TYÖPAIKKAKOULUTUS

Oppiminen on elinikäinen prosessi, joka on päivittäistä toimintaa, jossa tapahtuu oppimista monella eri alueella joko tietoisesti tai tiedostamatta. Tavoitteena on muutos tai muutoksen mahdollisuus, jolla pyritään suhteellisen pysyvään käytöksen muuttumiseen. (Ruohotie 2000, 107.) Oppimisen yhtenä määritelmänä voidaan pitää vuorovaikutteista prosessia, jonka seurauksena oppija muuttaa kokemuksia tiedoista, taidoista, ajattelumalleista, asenteista ja arvoista, joissa tapahtuu pysyviä määrällisiä tai laadullisia muutoksia. Oppiminen on parhaimmillaan jatkuvaa ajattelun kehittymistä ja muuttumista sekä sen ymmärtämistä ja soveltamista. Oppimisen perustana ovat havainnot, muisti, ajattelu sekä tarkkaavaisuus. Oppimisessa voi olla kysymys uuden tiedon omaksumisesta tai vanhan poisoppimisesta. (OK-opintokeskus 2010.)

Oppiminen ja osaaminen usein liitetään tänä päivänä yhteen menetystekijään työelämässä, jatkuvasti muuttuva työelämässä tarvitsee olla kykyä, halua ja tahtoa jatkuvaan oppimiseen. Oppimisella voidaan tarkoittaa työntekijän harjoittelua tai kouluttautumista niin, että hän pystyy tekemään työtään entistä paremmin. Lisäksi se on taitojen kehittämistä niin, että hän pystyy varautumaan työn muuttuviin vaatimuksiin, tai jopa uudelleen koulutusta kokonaan toiseen ammattiin tai työtehtäviin joko samassa organisaatiossa tai sen ulkopuolella. Oppimisessa on kysymys oppijan ja toimintaympäristön vuorovaikutuksesta. Työntekijän tulee osata hyödyntää kokemuksia ja ottaa vastuu omasta oppimisesta. Ammatillinen kasvu on jatkuva oppimisprosessi. Prosessin kautta työntekijä hankkii elämänuransa aikana niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joita hyödyntämällä voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. Oppiminen voi perustua myös satunnaisiin kokemuksiin. Oppiminen näkyy yksilössä tapahtuvana muutoksena. (Ruohotie 2000, 3, 9, 11.)

Aikuinen oppijana on erilainen kuin esimerkiksi lapsi tai nuoren oppiminen. Aikuinen oppijana erilaisena perustuu opiskelumotivaatioiden ja laajan kokemustaustansa perusteella, hänellä on hyvät mahdollisuudet rakentaa tietoa monipuolisesti, sillä oppiminen ei ole vain muistamista ja erilaisten tiedonpalasten kokoamista vaan prosessi, jossa oppijan omat ajatusprosessit toimivat työvälineinä. Oppiminen on osa ihmisen ajattelua ja siitä, miten hän toimii. Aikuinen oppijana on itsenäinen ja vastuulliseksi omasta opiskelusta vastaavaksi toimijaksi. (OK-opintokeskus 2010.) Motivaatiolla, kanssaoppijoilla ja oppimisympäristöllä on merkitystä aikuisen oppimisessa. Keskustelut ja ongelmaratkaisutaidot ja –tekniikka ovat vahvuuksia aikuisopiskelijalla. Oppimiselle pitäisi luoda oikeat olosuhteet ja oppimista pitäisi tukea, koska tämä on organisaation oppimisen perusta. (Peltonen 2004, 69; OK-opintokeskus 2010; Ojala 2008, 66.)

Tietojen ja taitojen nopea vanheneminen on todellinen uhka eri ammateissa toimiville. Se voi olla ongelma missä tahansa työssä tai ikäryhmässä. Työtehtävästä riippuen tietojen ja taitojen vanheneminen voi tapahtua hyvinkin lyhyessä ajassa. Ongelmaksi se muuttuu, kun työntekijä ei selviydy nykyisellä ammattipätevyydellä. Tämän seurauksena tarvitaan jatkuvaa koulutusta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon alalla, jotta voimme toimia nykyisessä työkuva. (Ruohotie 2000, 49.) Tänä päivänä työympäristö ja sen olosuhteet muuttuvat jatkuvasti. Tämä merkitsee lisätä työn tuottavuutta, ja koulutustarpeiden kysyntä kasvaa työelämän muuttuvien vaatimusten mukaan. Näiden syiden takia myös työntekijään koskevat laatuvaatimukset muuttuvat. Osaamista tuotetaan ennen kaikkea koulutuksella, joka toimii aktiivisena muokkaajana muutoksissa. Koulutuksen tarkoituksena on kehittää työyhteisöä, jonka tarkoituksena on ottaa uusia käytäntöjä ja niiden sovellutuksia käytäntöön työyhteisössä. (Ruohotie 2000, 25.)

Organisaation ja työyhteisön tehtävänä on tukea oppimista, jonka tarkoituksena on auttaa henkilöstöä parantamaan työsuoritusta ja varautumaan työlle annettaviin uusille vaatimuksille. Organisaation näkökulmasta uuden oppiminen tarkoittaa uuden tiedon tarpeen tunteen hankkimista, tiedon hankkimista ja sen soveltamista työelämään. Oppiminen organisaation tulisi ilmetä esimiesten tukena, oppimisen kehittämisen arvostavana, kehittämisohjelmina ja suoritusarviointina. Työyhteisön kehittämismuotoina voidaan käyttää erilaiset koulutustilaisuuksia, tietokoneavusteiset

koulutusohjelmat, seminaarit ja vuorovaikutustilanteet jossa tapahtuu kokemuksellinen oppiminen. (Ruohotie 2000, 10.)

Tämän päivän kasvava kilpailu ja muuttuvat tarpeet ja laatuvaatimukset merkitsevät työntekijän, työyhteisön ja organisaatioiden jatkuvan oppimisen tarpeellisuuden tärkeyttä, tällä tavoin on valmiimpi vastaamaan ja sopeutumaan paremmin kilpailuympäristöön. Yksilönä tarvitsemme jatkuvasti uusia taitoja, jotta voimme toimia työyhteisöissä. Monet oppivat huomattavan paljon pohtimalla arkielämän kokemuksia ja soveltamalla tietoa omaan työhönsä. (Ruohotie 2000, 9.) Osaamisen kehittämisen ja sen hallintapoja on monenlaisia, sitä voidaan kehittää henkilöstökoulutuksella, työssäoppimisella ja ammattikirjallisuudella. Oppimista voi tapahtua sekä itseopiskelun kautta että järjestetyn koulutuksen kautta. Osaamista voidaan tuoda työyhteisöön ostamalla, rekrytoimalla tai lainata. Lisäksi vanhentuneen ja tarpeettoman osaamisen hävittäminen ja tiedon päivittäminen on yksi osaamisen kehittämistapa. (OK- opintokeskus 2010; Ojala 2008, 150- 171.)

Kehittämistehtävän pohjana on perustella, aluksi miksi aihe on tärkeä kehittämisen kohde sekä mitä kehitetään, näin voidaan perustella konkreettisesti tavoitteet. Työyhteisön kehittäminen edellyttää, että työntekijöiden on tunnettava toisensa, heidän välillään täytyy olla yhteenkuuluvuuden tunne ja riittävästi sosiaalista todellisuutta, joka syntyy ja kehittyy kun työyhteisön jäsenet jakavat ajatuksiaan, näkemyksiään ja tunteita työstä, yhteisöstään ja keskinäisistä suhteistaan. (Toikko & Rantanen 2009, 56 - 57; Itä-Suomen aluehallintovirasto & Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Koulutus- ja luentotilaisuudet edistävät omalta osastaan terveydenhuollon ammattilaisille lain asettamien velvoitteiden toteuttamista. Lain mukaan ”*terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin*” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstö 28.6.1994, 18.§). Parhaita tuloksia koetaan saavutetaan, kun hanke lähtee käytännön tarpeista, ja sekä hankesuunnittelu tehdään hyvin, työyhteisön omat työntekijät osallistuvat toteutukseen ja sekä sitoutuvat siihen. Onnistunut kehittämistoiminta tukee hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. Kun kehittämistoiminta ja sen vaikuttavuus saadaan hyväksi, se lisää sitoutumista ja kannustaa hoitotyön ammattilaista edelleen kehittämään omaa työtään ja näin parantaa hoidon laadun tuloksina. (Saarnio & Isola 2009, 342.) Fyysinen rajoittaminen on eettisesti

pulmallista, siinä usein rikotaan potilaan itsemääräämisoikeutta, on tärkeää, että hoitoalan ammatillisessa koulutuksessa perehdytään hoitotyön eettisiin kysymyksiin (Kuosmanen, Lehtilä, Makkonen & Salminen 2011, 42 - 43).

Hoitotyön kehittäminen on tavoitteellista toimintaa, joka esiin nousevien havaittujen epäkohtien eli parannusta vaativien asioiden pohjalta määriteltyihin tavoitteisiin. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa nimettävä selkeästi keinot, jotta haluttuun päämäärään on mahdollista päästä. Tavoitteiden asettaminen on tärkeä asia. Tavoitteen tulee olla realistinen ja saavutettavissa oleva. Tavoitteen asettaminen edellyttää tutkitun tiedon ja alan kirjallisuuden hyödyntämistä. On määriteltävä selkeästi, mitkä ovat konkreettisia ne toimet, joilla kehittämistavoite saavutetaan. (Saarnio & Isola 2009, 337 - 338.)

Yksi tärkeä asia on arviointi, jossa päästään mittaamaan sitä, onko määritellyt tavoitteet saavutettu ja onko työ ollut tarkoituksen mukaista. Kehittämistehtävän tavoitteet, keinot ja arviointi pitäisi olla kirjallisesti määritelty. Lisäksi kehittämistyöhön osallistuvan hoitohenkilökunnan tulee tuntea työn prosessi ja sen vaiheet kokonaan. (Saarnio & Isola 2009, 337 - 338.)

Oppimisympäristö määritellään tilaksi, paikaksi, yhteisöksi tai käytännöksi, jonka tarkoituksena on edistää oppimista. Lisäksi oppimisympäristöllä tarkoitetaan ja viitataan usein yksilön ympäristön toiminnallisiin ominaisuuksiin ja rakenteisiin sekä kostuu kouluttajista, oppijoista, oppimiskäsityksistä, oppimislähteistä, -välineistä tai materiaaleista ja työkaluista, joita käytetään oppimisen tukena. Oppimistilanteeseen vaikuttavat myös ympäristön puitteet. Ne voivat antaa mahdollisuuden tai toisaalta asettaa rajoituksia oppimiselle. Oppimisympäristön tarkoitus on tukea oppijan kasvua ja oppimisprosessia. Sen on oltava fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti turvallinen. Ympäristön tavoitteena on lisätä oppijan motivaatioita ja uteliaisuutta sekä edistää aktiivisuutta, itseohjautuvuutta ja luovuutta. Oppimisympäristö jaetaan suljettuun ja avoimeen ympäristöön. Suljetussa ympäristössä oppimistilanteeseen liittyvät asiat ovat ennalta päätetty, kuten koulutuksen sisältö, menetelmät ja aikataulu. Näin ollen soveltamismahdollisuudet ovat rajalliset. Avoimessa ympäristössä oppiminen on joustavaa ja näin mahdollistaa oppimisen paremmin. Kouluttaja voi vaikuttaa oppimisympäristöön erilaisilla virikkeellisyyttä lisäävillä tavoilla esimerkiksi tarjoamalla käyttää erilaisia opetusvälineitä, valmistamalla laadukasta

koulutusmateriaalia ja huolehtimalla koulutustilan viihtyvyydestä. (Hakkarainen 2005, 238; OK-opintokeskus 2010.)

Peruspalvelukeskus Aavan vuoden 2011 strategiassa painopisteessä painotetaan henkilöstön osaamisen kehittymistä ja uudistettujen hoito- ja palveluprosessien käyttöön ottoa. Hoito- ja palveluprosessien käyttöön oton kohteena on ollut kuntouttava akuutti hoitotyö. Toiminnan kehittämisen kautta pyritään varmistamaan ja parantamaan potilaiden hyvää hoitoa. Hoitohenkilökunnan jatkuva kouluttaminen on tasokkaan hoitotyön edellytys. Näin ollen ammattitaidon ylläpitäminen on työntekijän ja työnantajan vastuulla. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 374.)

Työturvallisuuden kehittämisen tavoitteena on, turvata osaavan henkilöstön riittävä määrä, varmistaa henkilöstön osaamisen järjestelmällinen kehittäminen ja hyödyntää työntekijöiden osaamista monipuolisesti. Tällä tavoin parannetaan työyhteisön ja yksilön työhyvinvointia. Ammatillisen hoitohenkilökunnan kelpoisuusvaatimuksena on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Työpaikkakoulutuksen vahvuus on sen koulutusresurssien kohdistaminen suoraan työyhteisön toimintaan. Koulutuksen tavoitteena on, että oppija kehittyisi taitavaksi ja kaiken hyödyn ottavaksi koulutuksesta. Koulutuksella on suuri merkitys siinä, kuinka työntekijä ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista kasvua työyhteisössä. Koulutuksen ja kehittämisen tapahduttua työyhteisössä on työntekijöiden motivaatio yleensä suurempi ja organisaation kannalta koulutuskustannukset ovat halvemmat. (Harra, Raitaniemi & Ruhotie 2000, 181 - 182; Hilden 2002, 44.) Työpaikkakoulutuksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon kustannustehokkuus ja koulutukseen osallistumisen vaivattomuus. Koulutuksen antamien perustietojen ja -taitojen avulla voidaan oppia ja kehittyä kaikessa tekemässämme, mutta jokaista kokemusta voidaan pitää oppimiskokemuksena. Kukaan ei oppia toisen puolesta, näin ollen kouluttajan tehtävänä on toimia oppimistapahtuman muotoilijana. (Rogers 2004, 16.)

Koulutuksen tehtävänä on edistää työntekijän oppimista. Lähtökohtana koulutukselle on, että oppijalla on tietotaitoa ennestään. Hyvällä koulutussuunnitelmalla tavoitetaan paras mahdollinen hyöty resurssien puitteissa. (Huotari 2007, 249.) Koulutus kasvattaa osaamista ja näin mahdollistaa ammatillisen kasvun. Lisäksi suunnittelussa tulee huomioida, että oppimista edistää parhaiten, kun luodaan yhteys aiemman ja

uuden tiedon välillä. Tällä tavoin takaamme opittavan uuden tiedon merkityksen ja sen ymmärtämisen. (Huotari 2007, 253.)

Opetuksen tavoitteena on, että opettava osaa soveltaa oppimaansa tietoa ja taitoja käytännön tilanteissa. Taitojen jatkuva ylläpitäminen, ennalta varautuminen ja ennakkoon hankittu tieto, antavat opetuksen saaneelle valmiuden toimia tilanteissa mahdollisimman tarkoituksen mukaisesti ja tehokkaasti. Opitut taidot lisäävät kykyä selviytyä erilaisista tilanteista ja tuovat turvallisuutta ympäristöön.

5 POTILAAN HOITOTYÖ AKUUTILLA VUODEOSASTOLLA

Potilaalla tarkoitetaan terveyden- sairaanhoitopalelun käyttäjää jolla on oikeus hoitoon, hyvään kohteluun ja tiedonsaantiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Perinteinen potilaan rooli on muuttumassa osallistuvammaksi ja hoitosuhde halutaan nähdä kumppanuutena potilaan tai omaisten ja hoitavan henkilön välillä. Tänä päivänä pyritään ottamaan potilas mukaan hoitoonsa omiensa voimavarojensa mukaisesti. Hoitotyö sisältää potilaan ohjaamista ja rohkaisemista. Saadakseen selville potilaan tottumukset ja tavat kerätään tietoa potilailta tai heidän läheisiltään. (Männistö 2003, 2.)

Hoitajat toteuttavat hoitotyötä, joka on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitajat toimivat ja ovat ensisijaisesti potilaiden edustajia eli ”asianajajia”, jolloin he arvioivat potilaan parastaan sekä puhuvan hänen puolesta ja ajavat potilaan etuja. Hoitaja on ikään kuin välittäjä potilaan ja lääkärin välillä. Olennaista on potilaan ja hoitajan aito kohtaaminen. He pyrkivät vastaamaan kaikkiin potilaiden inhimillisiin tarpeisiin sekä kunnioittamaan heidän ihmisarvoaan. Hoitajan työvälineenä ovat vuorovaikutustaidot ja oma persoona, nämä ovat hoitosuhteen onnistumisen kannalta tärkeitä. Hoitajalta edellytetään empatiakykyä, kärsivällisyyttä ja realistisuutta potilaan kanssa työskennellessä. (Latvala 2000, 99 - 104.) Hoitajan on tärkeää olla sopeutumiskykyinen ja ymmärtää laajasti elämää ja erilaisia ihmisiä. Hoitaja toimii ja on hoitotilanteessa potilaan kanssaihmisenä ja toimiin niissä aina ammatti- ihmisenä. Tällä osallaan hän voi luoda turvallisen ja hyvää tunnelmaa ja lievittää esimerkiksi toimenpiteisiin liittyvää pelkoa. Tällöin hän tuntee vastuunsa ja tiedostaa omat voimavaransa ja rajoitukset. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2009, 80; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) 2006.) Terveysalan työntekijällä on valmiuksia tehdä päätöksiä työnsä suhteen, jotka usein ovat yllättäviä, hämmentäviä ja tulevat

akuuteissa tilanteissa. Hoitajalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa joka työskentelee akuutilla vuodeosastolla. Hoidon keskeisiä henkilöitä ovat potilas ja hoitaja.

Hoitohenkilökunnalla on ammatillinen vastuu omasta toiminnastaan ja heidän hoitotyöstään riippuvaisista ihmisistä. Hoitohenkilökunnan tulee pohtia erilaisia toimintavaihtoehtoja ammatillisen osaamisensa perusteella, ja toisaalta voidaan edellyttää, että ymmärtää eri vaihtoehtojen seuraukset. Koska hoitohenkilökunta on vastuussa toiminnastaan, heidät voidaan asettaa vastuuseen mahdollisista potilasvahingoista tai huonosta hoidosta. Puutteellisista tiedoista ja taidoista johtunut virhe ei poista hoitajien vastuuta. Hoitajat eivät voi perustella toimintaansa sillä, että ei tiennyt. Ammattimainen hoitaja on myös vastuussa omasta osaamisesta sekä sen ylläpitämisestä ja vahvistamisesta. Hoitajilla on ammatillinen vastuu työssään erityinen vastuu koskien hänen hoitoaan tarvitsevista potilaita. Tällä tarkoitetaan potilaiden suojelemisesta huonolta hoidolta ja hoitovirheiltä ja varmistettava, että potilaat voivat tuntea olonsa turvalliseksi ja saavat hyvää hoitoa. Potilaan ei itse pystyessään ottaman vastuuta toiminnastaan, on tärkeää hoitajan ottavan vastuun, jotta potilas tai toiset ihmiset eivät vahingoitu. Vastuukysymysten rajoista kuuluu hoitotyön vaikeisiin eettisiin kysymyksiin, mikä kuuluu hoitajalle tai potilaalle. Siinä on kysymys potilaan autonomiasta ja itsemääräämisoikeudesta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 133 - 135.) Hoitotyönlähtökohtana, on potilaan kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Näiden toteutuminen hoitotyössä, ei ole kuitenkaan konkreettisissa hoitotyöntilanteissa ole itsestään selviä. Työntekijöiden eettinen valveutuneisuus muuttuu teoissa näkyväksi. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välille syntyy hoitosuhde. Hoitosuhteella tarkoitetaan hoitotyön ammatillisen koulutuksen saaneen henkilön ja potilaan välistä suhdetta. Sen edellytyksenä on hoitohenkilökunnan jatkuva läsnäolo, kommunikaatioita sekä tavoitteisiin suuntautuvaa yhteistyötä. (Mölsä, Krogerus- Therman, Raatikainen & Tolvanen 1985, 31.) Keskeisenä potilaan auttamismenetelmänä on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde eli hoitosuhde. Hoitosuhde muotoutuu potilaan ja hoitajan tai lääkärin välisestä hoidollisesta suhteesta, joka perustuu vuorovaikutukseen, tiedon saantiin ja tasaveroisuuteen. Onnistuneen hoitosuhteen edellytyksenä on yhteistyö, jonka yhteisenä päämääränä on potilaan hyvinvointi tai

paraneminen. Hyvä hoitosuhde on turvallista yhteistyötä, jossa on mukana potilas, hoitohenkilökunta sekä omaiset ja muu lähipiiri. (HUS 2006.)

Hyvässä hoitosuhteessa tärkeää on luottamus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, jolla saattaa olla vaikutus hoitoon ja hoitotoimenpiteen onnistumiseen. Ja sitä kautta se vaikuttaa potilaan turvallisuuteen. Hoitohenkilökunta voi voittaa potilaan luottamuksen pitämällä yllä ammattitaitoaan, kunnioittamalla potilasta ja uskomalla itseensä sekä antamaansa hoitoon. (Lääkäriin eettiset ohjeet 1988; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996; Lähihoitajan eettiset ohjeet 1996/2000; HUS 2006.)

5.1 Hoitotyö

Ihmis- ja perusoikeudet ovat ihmisille erityisen tärkeitä ja perustavanlaatuisia oikeuksia. Suomessa säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista eli ns. potilaslaki. Laissa säädettiin potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilaalla lain mukaan on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Lain mukaan potilaan hoito on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä potilaan vakaumustaan ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Hoitotyön lähtökohtana on potilaan kunnioitus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen esimerkiksi potilaan omia ratkaisuja kohtaa silloin, kun siihen potilaan terveydentilan puolesta on mahdollisuus. Hoitotyön tulee olla terveyslähtöistä ja vahvistaa olemassa olevia voimavarojen sekä mahdollisuuksien niiden täysmittaiseen käyttöön ottoa. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee huomioon kaikessa hoitotoiminnassa. Hoitotyön lähtökohtana on potilaan erilaiset terveys- ja sairausongelmat. Hoitotyön tavoitteena on potilaan terveydentilan paraneminen, selviytyminen, voimavarojen ja tilanteen hallinnan säilyttäminen ja vahvistaminen sekä mahdollisen parantumattoman sairauden hyväksyminen osaksi jokapäiväistä elämää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/519; Leino- Kilpi & Lauri 2003, 12 - 14; Mäki- Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2008, 7 - 8; Mölsä ym. 1985, 16.)

Hoitotyön eettisenä periaatteena on hyvän tekeminen. Se merkitsee hoitotyöntekijöiden velvollisuutta tehdä hyvää ja välttää pahaa, velvollisuutta hoitaa ja suojella potilaita, sekä velvollisuutta puolustaa potilaiden oikeuksia. Hoitotyötä ohjaavat eettinen säännöstö ja tieteellinen tietoperusta. (Rosqvist 2003, 19 - 20, 43; Krause & Salo 1992, 9 - 12.) Hoitotyössä tulee toteuttaa perusoikeuksien eettistä arvopohjaa, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia. Käytännössä tämä

tarkoittaa, että henkilökunta tuntee organisaation eettiset ohjeet ja erityisesti rajoittamista koskevat ohjeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 32 - 33.) Hoitotyö voidaan jakaa ennaltaehkäiseviin toimintoihin, auttaviin ja lievittäviin toimintoihin sekä apua etsiviin toimintoihin. Hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta saavuttamaan mahdollisimman suuri riippumattomuus päivittäiseen elämän toiminnoissa sekä auttaa ja rohkaista pitämään sitä yllä. (Lauri 2007, 25 - 26.)

Hoitotyö pohjautuu hoitotyön malliin ja lähtökohtana ovat elämisen malliin perustuvat ihmisen päivittäisen elämän toiminnot, joiden pohjalta määritellään hoitotyön ongelmat, tavoitteet ja tarvittava toiminta. Työn toteutusta seurataan sekä arvioidaan jatkuvasti. Hoitotyön toimintojen avulla pyritään hoitamaan ja auttamaan potilasta siten, että hän voi saavuttaa mahdollisimman suuren omatoimisuuden päivittäisessä elämässään. Hoitotyön tavoitteena on vaikuttaa potilaaseen niin, että hänen mahdolliset olemassa olevat terveysongelmat eivät kasvaisi tai niitä voitaisiin lievittää. (Lauri 2007, 25 - 27.)

Hoitotyössä pyritään siihen, että potilas tuntisi olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Turvallisuus on yksi hoitotyön johtoajatus, jossa tulee ottaa huomioon potilaan inhimilliset tarpeet, minimoida fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset vaaratekijät potilasta hoidettaessa. (Mölsä ym. 1985, 16 - 17.) Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Potilaan hoitamisen tavoitteena on turvallinen hoito ja hoiva, hoidettaessa huomioida ja edettävä potilaan itsensä määräämässä tahdissa. Potilasturvallisuus on hoitotyössä keskeinen arvo ja tavoite, johon on järjestelmällisesti pyrittävä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 14 - 15.) Potilasturvallisuus muodostuu monista asioista. Potilasturvallisuus käsitteenä kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitys- ja laiteturvallisuuden ja se on osa hoidon laatua. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 6; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2007).

Potilaan oikeuksiin kuuluu saada tarvitsemansa oikeanlainen hoito, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Selkeät ohjeet, säännöt ja toimintamallit lisäävät potilasturvallisuutta. Hoitotyössä potilasturvallisuuden huomioon ottamisessa on noudatettava yleisiä potilasturvallisuusohjeita. Turvallisuusnäkökannan huomioiminen pitää sisältyä hoitotyön prosessiin. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa johtamisen, hoitohenkilöstön ja potilaiden yhteistyöllä. Potilaan oman turvallisuuden vuoksi on

joskus välttämätöntä estää vapaa liikkuminen. Potilasta fyysisesti rajoitettaessa, esimerkiksi sänkyyn tai tuoliin kiinni sitomisessa, on kuitenkin käytettävä harkintaa sekä dokumentoida potilasasiapapereihin rajoittamisen perustelut. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa, että hoidosta ei aiheudu hänelle haittaa. Käytännössä tämä tulee esille, esimerkiksi pyörätuolin on oltava turvallinen niin, että se ei esimerkiksi pääse kaatumaan. Lepositeitä käytettäessä potilaan valvonnasta on huolehdittava koko ajan. (Saarnio & Isola 2009, 279 - 291; Kassara ym. 2005, 14 - 15.)

5.2 Akuutin vuodeosaston hoitoympäristö

Suomen sanakirja määrittelee akuutin äkilliseksi, nopeasti kehittyväksi, tässä työssä akuutti vuodeosastolla tarkoitetaan äkillisesti sairastunutta potilasta, joka tarvitsee sairaalahoitoa vuodeosastolla (Suomisanakirja 2011). Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Peruspalvelukeskus Aavan alueella toimivat terveyskeskuksen vuodeosastot, jotka ovat osa perusterveydenhuoltoa. Vuodeosastojen toiminta keskittyy ympärivuorokautista hoitoa vaativien potilaiden akuutin, kuntouttavan ja muuhun lyhytaikaiseen vuodeosastohoitoon, jota ei avohoidossa pystytä toteuttamaan. Osastoilla hoidetaan aikuispotilaita, joilla on pääsääntöisesti akuutin hoidon tarve, ei kuitenkaan erikoissairaanhoitoa vaativia. Osastoilla toteutetaan myös saattohoitoa. Potilaat tulevat osastoille terveysaseman päivystyspoliklinikalta, sairaalasiirtojen kautta sekä suunnitellusti kotoa tai toisesta hoitopaikasta. Sairaanhoitoon tullessa potilailla tulee olla lähete, joka perustuu lääkärin tekemään arvioon sairaalahoidon tarpeesta. Päätöksen vuodeosastolle otosta ja kotiutuksesta tekee lääkäri. Vuodeosastohoitoa järjestetään koko Aavan alueella kotipaikkakunnasta riippuen. Hoidon aikana arvioidaan mitkä palvelut tukevat potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Tavoitteena on potilaan omista tarpeista lähtevä yksilöllinen hoito. Hoito tähtää kotikuntoisuuteen. Hoitotyö perustuu kuntouttavaan työotteeseen, jonka perustana on olemassa oleva toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen.

Vuodeosastot ovat kaksikymmentäneljäpaikkaisia, lisäksi osastoillan kaksi ylipaikkaa. Yhteensä osastoilla on paikkoja neljäkymmentäkahdeksan ja neljä ylipaikkaa. Toinen osasto on periaatteessa tarkoitettu lyhytaikaiseen hoitoa tarvitseville. Toisella osastolla on varattu kahdeksan pitkäaikaishoitoa vaativille ja loput tuolla osastolla ovat kuusitoista lyhytaikaishoitoa vaativille potilaille. Hoitohenkilökuntaan kuuluu osaston lääkärit, osastonhoitaja, ja osastosihteerit, yhdeksän + yhdeksän sairaanhoitajaa,

neljä+ viisi lähihoitajaa ja eripituisuuksia tekeviä sijaisi sekä kuusi laitoshuoltajaa. Potilaan hoitotyössä on yhteistyössä mukana edellä mainittujen lisäksi fysioterapeutin osasto, koti- ja asumispalvelujen henkilökuntaa sekä toiminta- ja puheterapeutti. Osastoille on myös mahdollisuus saada psykiatrinen sairaanhoitaja potilaan sitä tarvittaessa. Osastoilla sairaanhoitajat ja lähihoitajat tekevät kolmivuorotyötä pääsääntöisesti. Osaston lääkäri ja osastonhoitaja työskentelevät virka-aikana. Laitoshuoltajat työskentelevät kaksivuorotyössä. (Karjalainen 2012.)

Sairaalahoitoon potilaiden hakeutuvien yleisimmät syyt ovat yleiskunnonlasku, erilaiset infektiot, aivotapahtumat, haavaumat, muistihäiriöt, toimenpiteiden jälkeinen kuntoutus, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kivunhoito, mielenterveyspotilaat sekä päihde- ja huumausaineista vieroitushoito. Osastoilla hoidetaan myös tutkimus- ja saattohoitopotilaita. Suurin osa potilaista on akuutisti sairastuneita iäkkäitä, jotka muodostavat suurimman osan potilasmateriaalista. Potilaiden tulosyyt osastolle ovat monisyisiä ja laajoja. Potilaiden saama hoito osastolla on vaativaa, esimerkiksi suonensisäinen lääkitys ja nestehoito, verensiirrot, keskuslaskimokatetrit, kipupumput, nenämahaletkut sekä vatsan peitteiden (Peg- letku) toteuttava ravintoahoito. (Karjalainen 2012.)

Potilaiden sairaalaoloajat osastolla ovat pääsääntöisesti muutamista tunneista useisiin viikkoihin. Tavoitteena on hoitoaikojen olevan lyhyitä. Vuodeosastot ovat keskittyneet/jaettu erikoisosaamisalueisiin. Toinen vuodeosasto pyritään niin sanotusti pitämään puhtaana osastona joka on keskittynyt hoitamaan endoproteesi (polvi- ja lonkka proteesi) potilaiden jatkokuntoutusta ja jatkohoitoa. Toisessa osastossa on keskitytty hoitamaan sairaalainfektiopotilaita. (Karjalainen 2012.)

Vuodeosastoilla yleisesti käytetyt fyysisen rajoittamisen toiminnot ovat pääasiassa vuoteenlaitojen ylösnostaminen, geriatriseen tuoliin tai pyörätuoliin sitominen vyöllä ja/tai pöydällä ja magneettivyöt. Lisäksi harvemmin käytössä on potilaan huoneen oven sitominen lakanalla, käsien sitominen. Osastoilla on käytössä ovet, jotka toimivat koodilla ulospäin mennessään. Näiden tarkoitus on taata potilaan turvallisuus esimerkiksi muistisairaanpotilaan kohdalla. (Karjalainen 2012.)

6 HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT LAIT JA OHJEET

6.1 Potilaan oikeuksien säätelevät lait

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 takaa jokaiselle oikeuden yhdenvertaisuuteen, itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, ihmisarvoiseen kohteluun, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, jossa ei saa puuttua eikä henkilön vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta ja turvallisuuden. Laki määrittelee ihmisen perusoikeudet siten, että kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan. Lisäksi laissa tuodaan esille, että yksilöitä tulee kohdella tasa-arvoisena. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731; ETENE 2001, 4 - 5.) Laissa turvataan jokaiselle oikeus välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Rajoituksia tukee kuitenkin säädettävä lailla, lain on oltava *”täsmällinen ja tarkkarajainen”*. Lisäksi jokaisen oikeusturvasta on huolehdittava rajoituksista säädettäessä. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731; Stoor 2007, 3; Peruslakivaliokunnan mietintä 25/1994.)

Oikeusasiamies Jääskeläinen (2011) kommentoi, että eri perusoikeuksien käytännön toteuttamisessa on erilaisia ongelmia. Hänen antamassa ratkaisussa koskien potilaan ihmisarvon loukkaamisesta ja ottanut kantaa hyvityskorvauksen maksamisesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri joutui korvaamaan potilaalle aiheuttamat kärsimykset ihmisarvon loukkaamisesta ja nöyryyttämisestä eristämisolosuhteissa. Oikeusasiamies piti hyvin myönteisenä sitä, että sairaanhoitopiiri tunnusti potilaan ihmisarvoa loukanneen kohtelun. Päätöksessä tuotiin esille, potilaan eristämistilanteen tulee olla lainmukainen, näin varmistetaan kaikin mahdollisin keinoin ihmisarvoinen kohtelu eristämistilanteissa. (Jääskeläinen 2011.)

Perus- ja ihmisoikeuksiin voidaan puuttua tai niitä rajoittaa vain tarkoin määrätyin edellytyksin. Perustuslainsäädännössä tuodaan esille, laitoksessa asumisen perusteella ei voida pelkästään rajoittaa kenenkään perusoikeuksia. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen saa käyttää hoitotyössä vain sellaisia toimenpiteitä, jotka ovat järkevässä suhteessa niillä tavoiteltuun päämäärään. Mielenterveyslain 22 a §:ään, mukaan potilaan perusoikeuksia sekä itsemääräämisoikeutta saa tämän nojalla rajoittaa, vain siinä määrin kuin potilaan turvallisuus, toisen potilaan turvallisuus tai sairauden hoito edellyttää. Yksilön

oikeuksien noudattaminen tarkoittaa ennen kaikkea Euroopan ihmisoikeussopimuksen ja sitä koskevan oikeuskäytännön huomioonottamista. (Stoor 2007, 2 - 6; Peruslakivaliokunnan mietintä 25/1994; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/758 määrittelee ja sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun koskevat oikeudelliset periaatteet. Laissa keskeisenä ovat potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Lain mukaan potilaan hoito edellyttää aina hänen suostumusta, joka perustuu itsemääräämisoikeuteen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hänellä on oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Potilaan kieltäytyessään suunnitellusta hoidosta, silloin hänen kanssa on pyrittävä yhteisymmärryksessä löytämään muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoito. Potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; ETENE 2001, 6.) Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, vain mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116), päihdehuoltolaissa (17.1.1986/41), tartuntatautilaissa (25.7.1986/583) ja kehitysvammaisten erityishuollosta (23.6.1977/519) annetussa laissa säädetään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Puutteellisen sääntelyn seurauksena potilaan oikeusturva kärsii ja hänen itsemääräämisoikeutta rikotaan. Lisäksi myös työn työntekijän oikeusturva on puutteellinen. (Koivuranta, E. 2002, 18 - 26.)

6.2 Hoitotyössä potilaan rajoittamista säätelevät lait

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 määrittelee esimerkiksi sitomisen erityiseksi rajoitukseksi, näin ollen se merkitsee voimakasta puuttumista potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, ja sille on asetettu tarkat edellytykset. Potilasta saa vastoin tahtoaan sitoa säännöksen 5 momentissa, jossa todetaan, että sitominen on sallittu, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Mielenterveyslaissa ei ole säädetty varsinaista ”hoidollista” perustetta, vaan potilaan sitominen tulee ainoastaan silloin kysymykseen kun se on *”välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä”* (Stoor, H. 2007, 6 - 8; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

- 1) potilaan käyttäytyessään tai uhkailujen perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita
- 2) potilas vaikeuttaa vakavasti ja vaarantaa omaa turvallisuuttaan, toisten potilaiden hoitoa tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi käyttäytymisellä
- 3) potilaan sitominen tai eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Stoor, H. 2007, 6; Peruslakivaliokunnan mietintä 25/1994, 2 - 6.)

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 oikeuttaa tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva eristämiseen, jonka kriteerinä on, että potilas on vaaraksi itselleen tai muille, tai eristäminen on muuten potilaan hoidon kannalta perusteltu (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41).

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583 4§ mukaan yleisvaarallisena tartuntatautia pidetään, mikäli tarttuvuus on suurta tai se leviää nopeasti, jos se on vaarallinen ja jos sen leviäminen voidaan estää siihen sairastuneeseen tai sairastuneeksi epäiltyyn kohdistettavilla toimenpiteillä. Lain 17§ mukaan tällainen henkilö voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos sen leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä tai henkilö ei halua alistua muihin taudin leviämisen estämiseksi tarvittaviin toimenpiteisiin. (Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.)

Kehitysvammaisten erityishuoltoon määrätyn kehitysvammaisen henkilön rajoittamiselle ei laissa ole tarkasti määritelty potilasta rajoittavia toimenpiteitä. Laissa tuodaan esille missä tilanteessa on mahdollista rajoittaa potilasta, 32§ osoittaa, että vain sellaisissa tilanteissa missä ei ole muita mahdollisia keinoja ja on syytä olettaa potilaan joutuvan hengen- tai terveydenvaaraan tai vammaisuutensa takia on vaaraksi itselle tai toiselle. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.)

6.3 Hoitohenkilökunnan toimintaa säätelevät lait ja periaatteet

Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin. Keskeisiä periaatteita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen, terveyden edistäminen, toiminnan pohjautuminen tutkittuun tietoon tai hyvään kokemukseen, tietojen salassapito, kollegiaalisuus, omasta hyvinvoinnista huolehtiminen sekä velvollisuus osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen ja

hyvän ammattitaidon ylläpitämiseen. Eettisissä ohjeissa tuodaan esille lääkärin/hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Lääkärin eettiset ohjeet 1988, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996, Lähihoitajan eettiset ohjeet 2000/ 2006, ETENE 2001, 4.) Eettisyys on yksi merkittävimmistä tunnusmerkeistä hoitotyön asiantuntija- ammatissa. Se voidaan käsittää taidoksi tai herkkyydeksi pohtia hyvää ja pahaa sekä oikein vai väärinkysymyksiä. (Fray 1996, 37; ETENE 2002, 24.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilön hoitotyön päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairauden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Hoitotyössä terveydenhuollon ammattihenkilö tulee tasapuolisesti ottaa huomioon potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus tietää ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Itä-Suomen aluehallintovirasto ym. 2011, 24.)

7 POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Hoitotyössä yksi keskeinen asia on potilaan itsemääräämisoikeus. Yksilön laaja itsemääräämisoikeus kuuluu länsimaiseen ihmiskäsitykseen ja toteutetaan oikeusjärjestyksen puitteissa. Itsemääräämisoikeutta suojataan ja edistetään sen toteuttamista erilaisin oikeusjärjestyksen puitteissa erilaisiin ihmis- ja perusoikeuksiin tukeutuen. (Saarenpää 2000, 22.)

Terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta itse päättää hänen henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta ja oikeuta päättää ja määrätä omaa elämää koskevien päätösten toteuttamista omien arvojensa mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; Koivuranta 2002, 17; Latvala 2001, 101; ETENE 2001, 13; Euroopan ihmisoikeussopimus L 63/1999, YK:n yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus.) Sen toteuttaminen vaatii, että potilas saa

riittävästi tietoa tilanteesta ja hänellä on kykyä tehdä päätöksiä sekä taitoa toimia. Potilaalla on itsemääräämisoikeus omaa koskevaan hoitoon. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 12 - 15.)

Potilas on itsemääräävä asian suhteen, kun hän ymmärtää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; Koivuranta 2002, 17 - 18; Latvala 2001, 101; ETENE 2001, 13; Euroopan ihmisoikeussopimus L 63/1999, YK:n yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus.) Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä ihmisen perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvista periaatteista. Sen tavoitteena on mahdollisimman täydellinen itsemääräämisoikeuden toteutuminen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 11.) Joskus kuitenkin sen kunnioittamisessa täytyy tehdä poikkeus, jotta hoitotyöntekijöillä olisi mahdollisuus toimia muiden eettisten periaatteiden mukaisesti (Rosqvist 2003, 19 - 20, 43). Näiden poikkeustilanteiden aikana potilasta täytyy usein hoitaa hänen tahtonsa vastaisesti, rajoittamiskeinoja käyttäen. Näihin keinoihin kuuluu henkinen, fyysinen ja lääkkeellinen rajoittaminen. (Tuohimäki 2007, 21 - 22.)

Potilaan oikeuksien lisäämiseksi sekä heidän omakohtaisen hoitoon osallistumisensa edistämiseksi on eettisiä ja juridisia normeja. Lainsäädännön lisäksi itsemääräämisen kunnioittaminen sisältyy useiden eri terveydenhuollon ammattiryhmien eettisiin ohjeisiin. (Lääkärin eettiset ohjeet 1988; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996; Lähihoitajan eettiset ohjeet 1996/ 2000; Koivuranta 2002, 18 - 20). Itsemääräämisoikeuden rajoitusten täytyy perustua yksilöllisiin hoidollisiin syihin. Rajoitukset tule rajoittaa aina minimiin. Potilas nähdään yksinomaan hoidon kohteena ja hänen mielipiteensä sivuutetaan ikään kuin hänen sairautensa oikeuttamana. Potilaan itsemääräämisoikeus syrjäytetään usein mielenterveyslain itsemääräämisoikeutta rajoittavien säännösten soveltamisella, vaikka näiden oikeuksien tulisi olla lähtökohtana hoidossa. (Huhta 2000, 119 - 121.)

Itsemääräämisoikeudesta ja siihen liittyvissä oikeuksista on säädetty seuraavilla lailla

- perustuslain perusoikeussäännöksellä
- Suomea sitovissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa
- potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa lailla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)

- sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa lailla (Sosiaalihuollon asiakaslaki 812/2000)

Itsemääräämisoikeus jaetaan neljään peruselementtiin: kompetenssiin, valtaan, sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen. Kompetenssilla tarkoitetaan henkilöä, joilla on taitoja ja kykyjä niin, että hän pystyy itsenäiseen harkintaan ja toimintaan. Toinen elementti, valta, voidaan jakaa avunsaantiin ja toimintavapauteen. Ihmiselle on siis annettava kaikkea apuja eikä ihmisen omiin ratkaisuihin ja niihin perustuvaan toimintaan saa puuttua. Sisäisen vapauden esteenä on jokin asia, joka on ihmisen sisällä, esimerkiksi dementoiva sairaus on sisäisen vapauden este. Ulkoinen vapauden esteenä voi olla esimerkiksi lukittu ovi, jolloin henkilön vapaa liikkuminen estetään. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 12.)

Potilasoikeudella tarkoitetaan yleensä oikeudenalaa, jonka puitteissa tutkitaan potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia terveyden- ja sairaanhoidossa. Keskeisenä lähtökohtana potilasoikeudessa on potilaan oikeus hyvään, yksilön itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan hoitoon ja hoitotapahtumiin. Henkilöoikeuden lähtökohta on ihmisoikeusperusteisesti selkeä. Se on yksilön kunnioittaminen. Yksilön kunnian voidaan loukata esimerkiksi potilaan alistaminen hoitosuhteessa. Potilaan itsemääräämisoikeuden avulla suojataan hänen yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä. (Saarenpää 2000, 26 - 28.)

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, hoidon edellytys on lain mukaan potilaan suostumus. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä toimenpiteestä tai hoidosta. Potilaan on kyettävässä päättämään hoidostaan, itsemääräämisoikeuttaan ei saa rajoittaa. Potilas ollessaan kykenemätön päättämään hoidosta itse, tulee olla lähiomaisen tai muun läheisen taikka laillisen edustajan suostumus. Pääsääntöisesti sairaanhoitoon on saatava potilaan suostumus, ellei kysymyksessä ole kiireellistä hoitoa vaativa, joka uhkaa potilaan terveyttä ja henkeä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Tolonen 2011, 82.)

Tiedossa on, että potilaan kohtelussa on ollut useasti korjaamista vaativia puutteita. Näihin on kiinnitetty monissa eri yhteyksissä huomiota muun muassa mediassa. Hoitohenkilökunnan jokainen valinta, toiminta tai potilaan kohtaaminen sisältää aina viime kädessä eettisen ratkaisun. Potilaan hoitaminen on luonteeltaan erityinen ihmissuhde, jossa oikeudenmukaisuus, hyvyys sekä totuus ovat keskeisiä arvoja

toimiessa. Lisäksi hoitotyön toiminnan keskeisiä arvoja ovat myötäkärsimys, auttamisen, luottamus, katumus sekä hoitohenkilökunnan pätevyys. Potilassuhteessa hoitaja asettuu toimintaan potilasta varten, toimii hänen kanssa, tekee toimenpiteitä, ja on itse koko ajan läsnä ihmisenä. Tällainen hoitotyösuhde sisältää monimutkaisia eettisesti kriittisiä kohtia tai tapahtumia. Ammatillinen asettuminen toisen asemaan auttajaksi on eettinen valinta. Kysymyksenä tästä nousee, millä oikeudella hoitohenkilökunta puuttuu potilaan asioihin ja elämään, millä tavalla puuttuminen tehdään, sekä miten auttaminen suhteutuu potilaan omiin mahdollisuuksiin. (Kiikkala 2000, 50 - 57.)

Hoitotyössä potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista perustellaan potilaan hoitamisella, potilaan tai toisten potilaiden turvallisuudella tai suojelemisella. Potilaan rajoittaminen voidaan toteuttaa potilaan turvallisuuden takaamiseksi estämällä esimerkiksi itsetuhoinen käyttäytyminen. Rajoittavien toimenpiteiden käyttäminen, kuten eristäminen ja magneettivöihin laittaminen, ajatellaan jo itsessään auttavan potilasta hallitsemaan muun muassa levottomuutta, sekavuutta, ahdistuneisuutta, vainoharhaisuutta tai aggressiivisuutta. (Tolonen 2011, 12 - 13.) Rajoittamisen käytöstä seuraa itsemääräämisoikeuden kumoutuminen, täysivaltaisuuden kieltä, hämmennystä, turvattomuutta, ahdistusta, hylätyksi tuntemisen ja häpeän tunteita, hoitokielteisyyttä ja sen vahvistuminen, ristiriitatilanteet sekä hoidon pitkittyminen ja sitä kautta potilaan mahdollinen laitostuminen. Rajoittamisen käyttö on ensisijaisesti ihmisoikeuskysymys. (Heikkinen 2007.)

8 POTILAAN RAJOITTAMINEN OSANA HOITOTYÖTÄ VUODEOSASTOLLA

8.1 Rajoittaminen

Rajoittamisella voidaan tarkoittaa erilaisia käsitteitä, voidaan puhua vapauden rajoittamisesta, pakotteista, sitomisesta ja rajoittamisesta. Kaikilla näillä tarkoitetaan samaa asiaa eli liikkumisen vapauden rajoittamista. (Saarnio ym. 2007, 109; Saarnio 2009, 20 - 23; Saarnio & Isola 2009, 266 - 267.) Koivurannan (2002) mukaan rajoittamisella tarkoitetaan potilaaseen kohdistuvia perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä, jotka viittaavat hoidon aikana toteuttaviin toimenpiteisiin. Rajoittamisen tulee perustua lakiin ja täyttää hoitokäytännössä täsmentyneet hyväksyttävyy- ja välttämättömyysvaatimukset. Rajoittamisen on oltava tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määriteltyjä ja ilmetä suoraan laista.

(Koivuranta 2002, 13 - 29, 87.) Rajoitusten tulee olla oikeassa mittasuhteessa riskeihin nähden. Rajoittaminen tulee toteuttaa lääkärin valvonnan alaisena sekä tehdä asianmukaiset kirjaukset potilastietoihin. (Tolonen 2011, 37.) Toisaalta pakon käyttöön liittyy potilaan suojaksi erityissäännöksissä menettelyistä ja oikeusturvakeinoista. Hoitotyössä lainsäädäntö ja periaatteet rajaavat rajoittamisen käytön vain hoidon ja huollon kannalta perusteltuihin ja välttämättömiin tilanteisiin. Lisäksi rajoittamisen käyttöä lainsäädännön rajoissa ohjaavat myös ammattietiikka ja ammattikäytännöt. Pakotteiden ja rajoitukset merkitsevät yksilön itsemääräämisoikeutta tai muihin perusoikeuksiin puuttumista. (Koivuranta 2002, 27 - 29.)

Potilaan itsemääräämisen toteutumiseen käytännössä, vaikuttaa paljolti toimintayksikön hoitokulttuuri, kuten esimerkiksi hoitohenkilökunnan asennoituminen potilaaseen tai hoidon rutiinien järjestämiseen. Rajoitustoimenpiteiden käytöstä päättää hoitoyksikössä päätöksentekoon lainsäädännön nojalla tai asianomaisen yksikköä koskevien ohjeiden mukaisesti oikeutettu ammattihenkilö. Päivittäisessä hoitotyössä joudutaan ratkaisemaan rajoitteiden käyttöä kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. (Koivuranta 2002, 13 - 29, 87.) Rajoittamisen keino voi olla toiselle rajoitus ja toiselle ei, vuoteenlaitojen nostaminen ylös voi toiselle potilaalla olla rajoittamista estämällä hänen pääsyä pois vuoteesta, kun taas toisella potilaalle vuoteenlaidat toimivat tukena itse vuoteessa kääntymiselle. (Alarvo-Messo 2010, 14.) Puutteellisen sääntelyn seurauksena potilaan oikeusturva kärsii. Rajoittaminen on aina henkilökohtaiseen vapauteen ja itsemääräämisoikeuteen puuttumista. (Koivuranta 2002, 13 - 29, 87.)

Rajoittamisen muodot, joita ovat

- psyykkinen
- mekaaninen
- teknologinen
- kemiallinen
- fyysinen

Psyykkinen rajoitteen käytöllä Saarnio (2009) mukaan käytöllä tarkoitetaan sitä, että hoitohenkilökunta kertoo potilaalle koko ajan mitä saa tehdä ja mitä ei. Lisäksi tässä kohtaan psyykkisellä rajoittamisella tarkoitetaan tarpeellisten varusteiden, kuten

esimerkiksi silmälasien, liikkumisen apuvälineiden ja vaatteiden pois ottamisella. (Saarnio 2009, 20 - 21; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011, 17.)

Mekaanisella rajoittamisella tarkoitetaan kaikkia liikkumisen estävät laitteita ja varusteita, kuten sängynlaidat, vyöt ja pöytälevyt (Saarnio 2009, 20 - 21; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011, 17).

Teknologinen/ ympäristöön liittyvä rajoite tarkoittaa ympäristön suunnittelemista sellaiseksi, että se estää henkilön vapaan liikkumisen, esimerkiksi ovien automaattiset lukitukset. Teknologisina rajoitteina voidaan käyttää erilaisia valvontalaitteita. (Saarnio 2009, 20 - 21; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011, 17.) Alarvo-Messon (2010) tutkimuksen tuloksena asiallisesti ikääntyneistä koki omalta kohdaltaan turhaksi rajoittamiseksi, vaikkakin ymmärsivät ovien lukossa olevan tarpeellisuuden, mutta kokivat tämän kurjaksi kuin vankilassa oleminen. Ikääntyneiden läheiset liitivät ovien lukossa olemisen turvallisuuteen. (Alarvo-Messo 2010, 30.)

Kemiallisella rajoittamisella tarkoitetaan potilaan rauhoittamista lääkityksellä. Potilaalle määrätty tarpeen mukaan annettavaksi rauhoittavat lääkkeet, joiden avulla on tarkoituksena muuttaa potilaan käytöstään rauhallisempaan suuntaan. (Saarnio 2009, 20 - 21; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011, 17; Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 235 - 236.) Potilasta voidaan lääkittää niin, että hän ei jaksakaan tai halua liikkua. Tällä tarkoitetaan potilaan farmakologista rajoittamista. Vahvasti lääkitty potilas on yleisesti rauhallisempi sekä hoitohenkilökunnan toimintaa alistuvampi, jolloin päivittäisten toimintojen toteuttaminen hoitotyössä saattaa niin sanotusti helpottua. Hoitotyössä ei ole oikeutta myöskään farmakologiseen rajoittamiseen, vaan lääkehoidolle on aina oltava lääketieteelliset selvät perusteet. Hoitohenkilökunnan mahdollinen työn helpottuminen, ei ole syy kemialliseen rajoittamiseen ja näin ollen ei kuulu näihin perusteisiin. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003; 235 - 236.) Lääketieteellisenä rajoitteena voidaan pitää, muun muassa virtsakatetrin tai syöttöletkun paikallaan pysymisen takia tapahtuvan toiminnan estäminen sitomalla potilaan käsi sängyn laitaan kiinni rannesidoksilla (Saarnio 2009, 20 - 21; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 17).

Fyysiseksi rajoittamiseksi voidaan määritellä keinot, joilla pyritään rajoittamaan fyysistä liikkumisvapautta. Näitä keinoja ovat geriatriassa tuolissa, pyörätuolissa tai tavallisessa tuolissa vyöllä kiinnitettynä, magneettivyön, lepositeiden, rannepidikkein

käyttö sekä huoneen oven lukitseminen. Lisäksi vuodevaatteiden, kuten lakanaa, käytetään potilaiden kiinnipitämiseen vuoteeseen. On erilaisia tulkintoja siitä, ovatko ylösnostetut vuoteenlaidat fyysistä rajoittamista vai eivät. Kun niiden tarkoituksena on estää liikkuminen eikä potilas itse niin halutessaan voi vaikuttaa laitojen laskemiseen tai poistamiseen, tällöin fyysisen rajoittamisen kriteerit täyttyvät. (Saarnio ym. 2007, 112 - 113; Saarnio 2009, 20 - 23, 59; Saarnio & Isola 2009, 266 - 267.) Lisäksi fyysisellä rajoittamisella voidaan tarkoittaa potilaan pitämistä käsivoimin paikalla, muun muassa tuolissa tai estämällä häntä liikkumasta tai pakottamalla hänet liikkumaan toiseen paikkaan (Saarnio 2009, 20 - 21; Saarnio & Isola 2009, 267; Itä-Suomen Aluehallintovirasto ym. 2011, 17). Periaatteessa liikkumisen rajoittaminen on aina eettisesti väärin. Rajoittaessa vasten potilaan tahtoa syntyy eettinen ongelma (Leino- Kilpi & Välimäki. 2003, 235- 237).

Hoitotyössä potilaan rajoittaminen perustuu hyvään eli potilaan ei haluta vahingoittavan olla vaaraksi itselle tai muille potilaille, omaisille tai henkilökunnalle. Rajoittamista voidaan tehdä eri tavoin. Hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan, potilaan ollessaan vaarassa ja näin mahdollisesti vahingoittaa itseään tai muita potilaita häntä rajoitetaan sitomalla hänet kiinni muun muassa sänkyyn tai geriatriseen tuoliin. Lisäksi voidaan lukita ovia potilaan kulkemisen ohjaamiseksi haluttuun suuntaan. Tässä on kysymys potilaan fyysinen rajoittaminen, tätä ei voida pitää hoitotyön etiikan lähtökohdista käsin ammatillisesti tavoiteltuna toimintana. Terveystenhuollon ammattilaisilla ei ole oikeutta sitoa toista ihmistä. Käytännön hoitotyössä hoitotyöntekijät etsivät inhimillisempiä vaihtoehtoisia toimintatapoja, koska he kokevat syyllisyyttä, jos eivät niitä löydä. (Saarnio ym. 2007, 113 - 115; Saarnio 2009, 55 - 58; Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 235.)

Potilaan rajoittamisessa olevien turvavälineiden käytössä on tehtävä hoitopäätös, joka kirjataan potilasasiakirjoihin. Tarve turvavälineen käytön jatkamiseen on arvioitava jatkuvasti. Potilaan liikkumisen rajoittamisessa on käytettävä oikeita välineitä käyttöohjeen mukaisesti. Valviran (2011) mukaan, potilaan liikkumistaan voidaan rajoittaa hänen tahdostaan riippumatta, vain silloin kun, potilaan oma turvallisuus on vakavassa vaarassa. Rajoittamista tulee käyttää vain siinä määrin, kuin kulloinkin on välttämätöntä. Ratkaisu tulee olla aina yksilö ja tapauskohtainen, kuitenkin sitä ennen on harkittava, onko muita turvallisuutta lisääviä menetelmiä sekä toimintatapoja mitä voidaan soveltaa ja ottaa käyttöön. Hoitopäätöstä tehdessään rajoittaessaan potilaan

liikkumisvapautta, on otettava huomioon rajoituksesta koituvat haitat ja hyödyt sekä punnittava niitä tasapuolisesti keskenään. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2011.)

Potilaan rajoittamisen päätöksestä vastaa hoitava lääkäri. Lisäksi rajoittamisen arvioinnissa on syytä käyttää ja hyödyntää hoitajan ja hänen hoitotyön asiantuntemusta. Rajoittamispäätöksestä on aina keskusteltava potilaan kanssa, mikäli potilas ei pysty ottamaan kantaa, on keskusteltava hänen lähiomaisensa tai edustajansa kanssa. Hoitava lääkäri arvioi, rajoittamisen tarpeellisuuden ja sen lopetuksen. Lääkärin tehtävänä on ohjeistaa hoitohenkilökuntaa tässä asiassa. Olennaista on, että rajoittamista käytetään vain niin kauan kuin se on tarpeen. Kun liikkumista on päätetty rajoittaa, voidaan päätöksen toteuttaminen jättää potilaan hoidosta välittömästi vastaavien hoitotyön ammattihenkilöiden vastuulle. Hoitohenkilökunnan vastuu on huolehtia siitä, että rajoittamiseen käytettyjä välinettä käytetään asianmukaisesti laitteen käyttöohjeita noudattaen sekä huolehdittava potilaan valvonnan riittävydestä. Hoitohenkilökunnan tulee jokaisella käyttökerralla harkita, onko rajoittaminen sillä hetkellä välttämätöntä potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Potilaskirjoihin kirjataan rajoittamisen ja turvavälineen käytön perustelut, käyttö sekä rajoittamisen kesto. (Valvira 2011.)

Ongelmatilanteiden selvittäminen saattaa ehkäistä uhka- ja väkivaltatilanteiden syntymisen ja tätä kautta potilaan fyysisen rajoittamisen. Useasti sekava potilas joudutaan laittamaan kiinni magneettivöihin, jotta hän ei vahingoittaisi itseään. Joskus vastentahtoisesti hoidetaan tilanteissa, joissa potilas ei suostu hänelle hyödylliseen tai jopa elintärkeään hoitoon. Hoitohenkilökunta ja lääkäreiden tulee arvioida milloin potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa käyttämällä fyysistä rajoittamista. Määräys potilaan fyysiseen rajoittamisen toimenpiteiden tekoon on aina tullava lääkäriltä. Potilaan rajoittamiset ja mahdollisesti myös voimakeinoja käyttäen tehdyt toimenpiteet täytyy aina perustella erittäin hyvin perustuen lakiin. Lisäksi toiminnan on oltava potilaan edunmukaista. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 89 - 90.)

Tolonen (2011) tuo esille, eräässä yksikössä rajoitustoimenpiteitä käytettiin 2007 yhteensä 24 kertaa, jotka useimmiten olivat alle neljä tuntia kerralla. Rajoitustoimenpiteiden käyttö todettiin olevan vähäistä ja asianmukaista. Hoitohenkilökuntaa kuitenkin pyydettiin tarkkaavaisuuteen rajoitustoimenpiteiden

käytön yhteydessä niin, että potilas ei kärsisi suljetun paikan kammosta tai hengitysvaikeuksien pelon tunteesta. Lisäksi kiinnitettiin huomioita erään Vaasan alueen sairaalaan, joka todettiin turvautuvan eristämiseen liiallisesti ja liian helpoin perustein. Vuonna 2007 eristämistä käytettiin yli kolmannekseen potilaista ja usean päivän ajan. (Tolonen 2011, 131.)

Stoorin (2007) mukaan sairaaloiden omissa rajoitusohjelmissa eristäminen ja sitomisen edellytysten eroon ei ole kiinnitetty riittävästi huomioita mikä oli havaittu melko usein oikeusasiamiehen tarkastuksilla. Lisäksi toimenpiteiden kirjaamisessa on puutteita, jotka tekevät niiden lainmukaisuuden toteuttamisen jälkikäteen vaikeuksia. Useissa tapauksissa on kyse siitä, että hoitohenkilökunta ei ole tottunut yleisesti perustelemaan toimenpiteitä laissa asetetuista edellytyksistä käsin. (Stoor, H. 2007, 7.)

Ala-aho, Hakko & Saarento (2003) mukaan ei ole ollut selkeitä ja riittävän yksityiskohtaisia ohjeita eikä lainsäädäntöä. Vähäiset ohjeet eivät ole antaneet riittävää oikeusturvaa potilaille ja henkilökunnalle. (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003, 1972). Sairaaloikohtaisilla ohjeilla voidaan edistää rajoitustoimenpiteiden yhdenmukaisuutta ja siten potilaan oikeusturvaa (Tolonen 2011, 100). Selkeät kirjalliset ohjeet lisääisivät myös omaisten ja läheisten luottamusta potilaan hoitoon (Saarnio ym. 2009, 271). Tämän vuoksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on laatinut omat ohjeet.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään on määritelty suojatoimenpiteiden käyttöä koskevat ohjeet. Ohjeiden perustana on ihmisarvon kunnioittamisen, suojeleminen sekä potilaan parhaaksi toimiminen. Hoitotyön keskeisiä periaatteita on noudatettava koko suojatoimenpiteen ajan.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään on laadittu ohje hoitohenkilökunnalle (2009), Ohje potilaan suojatoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa ja hoitolaitoksissa. Ohje sisältää seuraavia asioita.

”Potilaan suojatoimenpiteet ovat yksilön itsemääräämisoikeutta rajoittavia hoitotoimenpiteitä, jotka ovat joskus välttämättömiä sairauden hoidon, potilaan oman tai toisen henkilön turvallisuuden, terveyden tai fyysisen koskemattomuuden turvaamiseksi. Kyseisiin toimenpiteisiin voidaan ryhtyä vasta sitten, kun kaikki muut hoidolliset toimenpiteet, kuten keskustelu ja lääkehoito eivät riittäneet. Pakkotoimet,

kuten turvahuoneeseen siirtämien ja lepositeiden käyttö ovat viimeisiä keinoja, muut toimenpiteet eivät ole onnistuneet tai eivät ole mahdollista.” (Talja, Pylväs & Heikkala 2009, 2.)

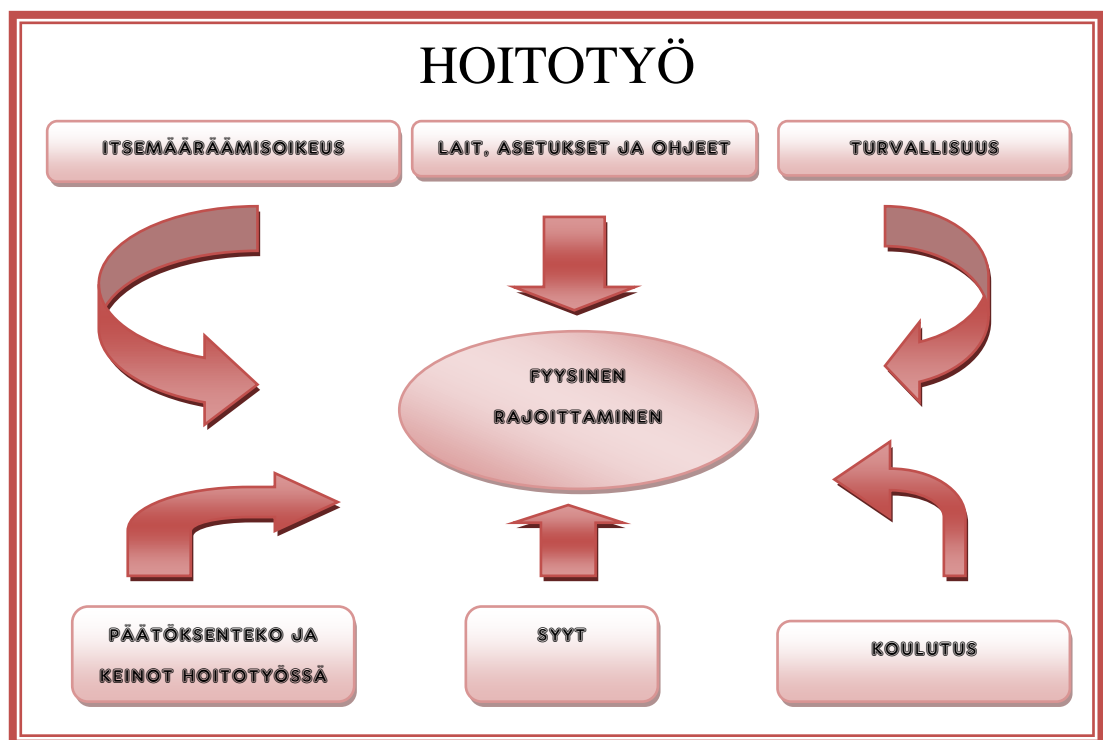
”Potilaan suojatoimenpiteet hoitotilanteissa tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti, inhimillisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Kyseiset toimenpiteet eivät koskaan saa olla rankaisutoimenpiteitä. Suojatoimenpiteet on tarkoitettu potilaan turvaksi tilanteissa, joissa hän ei itse kaikilta osin pysty huolehtimaan itsestään. Potilasta pyritään tällöin suojaamaan odottamattomilta vahingoilta käyttämällä turvaliivejä tai muita turvavälineitä. Turvaväline estää esimerkiksi potilaan putoamisen sängystä sekä vapaan liikkumisen tilanteissa, joissa on suuri vaara potilaan loukkaantumiseen. Potilaan turvavälineenä saa käyttää ainoastaan CE-merkinnällä varustettuja välineitä. Välineistä tulee olla saatavilla valmistajan antamat käytön kannalta oleelliset suomenkieliset käyttöohjeet, joita tulee tarkoin noudattaa” (Talja ym. 2009, 2.)

Lääkäri päättää aina suojatoimenpiteen käyttämisestä. Mikäli käytetään toimenpidettä akuutisti, on aina ilmoitettava viivytyksettä hoitavalle lääkärille/ päivystävälle lääkärille, joka tekee päätöksen toimenpiteen jatkumisesta. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet, suojatoimenpiteen käyttämisen syy, kesto sekä arvio sen vaikutus potilaaseen. (Talja ym. 2009, 3.)

Monen muutkin sairaanhoitopiirit ovat tehneet omat ohjeistukset potilaan rajoittamisen tilanteisiin käyttäen suojatoimenpiteitä, kuten muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, jossa puhutaan suojatoimista, joilla tarkoitetaan ennaltaehkäiseviä toimia potilaan hoidon ja turvallisuuden takaamiseksi. Suojatoimien käyttö liittyvät tilanteisiin, joissa potilaan kyky huolehtia itsestään on heikentynyt. Suojatoimiin sisältyy myös turvavälineiden käyttö, esimerkiksi turvavyöllä estetään potilasta putoamasta geriatrisesta- tai pyörätuolista. Suojatoimenpiteet käytetään aina lääkärin luvalla. Toisinaan tulee akuutteja tilanteita, joissa hoitajat joutuvat tekemään päätöksen suojatoimien aloittamisesta potilaan turvallisuuden vuoksi. Tämän jälkeen on aina kutsuttava lääkäri, joka päättää suojatoiminnan jatkamisesta. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata huolellisesti suojatoimen perusteet, käytettävä suojatoimi ja suojatoimen lopettamisen. Potilasta tarkkaillaan säännöllisesti

suojatoimen käytön ajan ja nämä havainnot tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. (Karvonen 2009.)

Tässä opinnäytetyössä on työ rajattu potilaan fyysiseen rajoittamiseen vuodeosastolla päivittäisessä hoitotyössä. Tässä työssä keskitytään käsittelemään potilaan fyysistä rajoittamista: sen käytön yleisyyttä, syitä, seurauksia ja mahdollisia vaihtoehtoja. Tässä opinnäytetyössä tarkastelen fyysisen rajoittamisen kuvan 2 mukaisesti. Lähtökohtana oli fyysinen rajoittaminen, jonka olen jakanut kahteen pääryhmään: lait, asetukset ja ohjeet, sekä syyt fyysiseen rajoittamiseen. Lakien ja ohjeiden kautta käsittelen teeman eettistä puolta, tärkeimpänä terminä itsemääräämisoikeus. Sen alla käsittelen muun muassa potilaan asemaa ja oikeutta. Potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus on teeman kääntöpuoli, ja se liittyy olennaisesti rajoittamisen syihin.



Kuva 2. Fyysiseen rajoittamiseen vaikuttavat tekijät.

8.2 Fyysinen rajoittaminen

Saarnion ym. (2007) tutkimuksessa tuotiin esille, että potilaiden rauhoittamiseen on satoja vuosia käytetty erilaisia fyysisiä rajoittamisen keinoja. Samalla tavalla fyysisten rajoitteiden käyttö eri muodoissaan on kuulunut myös suomalaiseen vanhustenhoitoon vuosikymmenten ajan. (Saarnio ym. 2007, 109 - 110; Saarnio 2009, 24 - 26, 55;

Saarnio & Isola 2009, 266.) Fyysinen rajoittaminen on paljon enemmän esillä psykiatrisella puolella, mutta somaattisessa hoidossa se on usein vaiettu asia. Fyysistä rajoittamisen muotoa käytetään hoitotyössä kaikessa hiljaisuudessa, toimintana sitä ei edes yleisesti mielletä potilaan rajoittamiseksi. Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan eri välinein tapahtuvaa rajoittamista siten, että potilaan vapaa liikkuminen rajoitetaan tai estetään. Fyysistä rajoittamista käytettiin yleisesti vanhusten hoidossa ja erityisesti terveyskeskuksissa, Saarnion (2009) mukaan useimmin käytetty muoto oli ylösnostetut vuoteenlaidat (84 %). Huolestuttavaa niiden käytössä on se, että usein niitä käytetään rutiininomaisesti ilman yksilöllistä käytön tarpeen arviointia. Aina hoitajat eivät myöskään tunnista sängyn laitojen nostamista rajoittavaksi hoitokeinoksi. (Saarnio ym. 2007, 115; Saarnio 2009, 20 - 23, 55 - 56; Alarvo-Messo 2010, 14, 31, 33.)

Fyysinen rajoittaminen voidaan määritellä monella eri tavalla. Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan mitä tahansa puuttumista, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta erilaisin välinein ja materiaalein tapahtuvaa kiinnittämistä siten, että henkilön vapaa liikkuminen estetään. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi magneettivyön, turvaliivien ja lepositeiden käyttö, tuoliin tai pyörätuoliin sitominen vyöllä, vuodevaatteiden laittaminen patjan alle (Saarnio 2009, 22 - 23, 59; Saarnio & Isola 2007, 112; Alarvo Messo 2010, 32) ja yhden tai useamman raajan sitominen (Saarnio ym. 2007, 112; Salo-Sirkiä 2005, 4). Fyysiseksi rajoittamiseksi katsotaan myös sängynlaitojen ylösnostamista, erilliseen tilaan lukitseminen sekä geriatrisen tuolin käyttö pöytälevyn kanssa siten, että vapaa poisnouseminen estetään (Saarnio 2009, 59; Saarnio ym. 2007, 112). Fyysinen rajoittaminen voi olla myös toimintaa, jonka hoitaja jättää tekemättä. Tällaista toimintaa voi olla esimerkiksi soittokellon kutsuun vastaamatta jättäminen tai kieltäytyminen liikkumisavun antamisesta. (Saarnio 2009, 70.) Alarvo-Messon (2010) tutkimuksessa tuotiin esille, että perheenjäsenten mielestä tämä on turvallisuusriski, koska tällöin potilas saattaa lähteä yksin liikkeelle. Lisäksi tutkimuksessa tuotiin esille, että hoitajat rajoittivat vanhuksen liikkumista jättämällä avun tarpeen huomioimatta tai siirtämällä siihen vastaamisen toiseen ajankohtaan. (Alarvo-Messon 2010, 31.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin terveyskeskusten akuuteille vuodeosastoille. Näille osastoille yleisimmät sekavuutta ja aggressiivisuutta ja sitä kautta vapauden rajoittamista aiheuttavat tekijät ovat esimerkiksi potilaiden sairastuminen

postoperatiiviseen tai alkoholiperäiseen deliriumiin sekä dementoiva sairaus. Vakkurin (2004) mukaan dementoituneiden kohdalla potilaan sitomisen perusteena käytetään hänen turvallisuutensa takaamista. Lisäksi rajoittamista perustellaan potilaan suojelemiselta kaatumisten, putoamisen ja loukkaantumisen ehkäisemiseksi. (Vakkuri 2004, 20; Alarvo-Messo 2010, 42; Salo-Sirkiä 2005, 26 - 27; Suvanto 2012; Saarnio ym. 2007, 113- 115; Saarnio 2009, 26 - 29; Saarnio Isola. 2009, 269 - 270.) Omaisilla oli sama näkemys asiasta rajoittamisesta, heidän mielestään rajoitettiin turvallisuussyistä, karkailun, kaatumisen tai putoamisen ennaltaehkäisemisen varalta. Liikkumisen rajoittamista perusteltiin vanhuksen suojelemisella. (Alarvo-Messo 2010, 42.)

Fyysisen rajoittamisen syitä perustellaan kolmella eri tavalla. Fyysinen rajoittaminen tapahtuu yleensä kolmesta syystä, hän on vaaraksi itselleen, hän häiritsee ympäristöään tai hoitajat toimivat rutiininomaisesti. Yleisin syy rajoittamiseen on se, että potilas on vaaraksi itselleen, esimerkiksi hoitajat pelkäävät potilaan kaatuvan tai eksyvän. Vanhuksen liikkumisen rajoittamista saatetaan rajoittaa myös siitä syystä, että hänen muisti on heikentynyt eikä hän muista, ettei kykene enää kävelemään. Hoitajat pyrkivät fyysisiä rajoitusmuotoja käyttämällä takaamaan potilaalle turvallisuuden myös silloin, kun eivät ole läsnä vaan muun muassa työskentelevät muiden potilaiden huoneissa. (Alarvo-Messo 2010, 37; Saarnio 2009, 55 - 57; Saarnio ym. 2009, 269; Saarnio ym. 2007, 113.) Timlin, Kyngäksen (2008) mukaan yleisin syy (54 %) potilaan fyysiseen rajoittamiseen on potilaan aggressiivisuus (Timlin & Kyngäs 2008, 187).

Fyysisen rajoittamisen käytöllä pyritään hoitotyössä yleisimmin potilaan turvallisuuteen esimerkiksi sekava ja levoton vanhus sidotaan vuoteeseen kiinni, niin ettei hän vahingoittaisi itseään. Muita syitä ovat esimerkiksi potilaan estäminen häiritsemistä toisia potilaita ja sekä hoitotoimenpiteen mahdollistaminen. Tämän lisäksi fyysiselle rajoitteiden käytölle altistaa esimerkiksi korkea ikä, dementoiva sairaus ja siihen liittyvä haasteellinen käyttäytyminen ja psyykkiset ja neurologiset sairaudet, kehitysvammaisuus, runsas lääkkeiden tai päihteiden käyttö, aikaisempi kaatumis- tai putoamishistoria, henkilökunnan vähyys sekä potilaan ja/tai omaisen toive. (Halila 2010, 11; Saarnio 2009, 26, 55 - 57; Saarnio ym. 2007, 113.) Rajoitteiden käytön taustaan liittyy ikääntyneiden lonkkamurtumien lisääntyminen ja niistä aiheutuneet kustannukset, josta henkilöstön todettiin olevan vastuussa.

Ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden olemassaoloa ei ole tiedostettu ja hoitokulttuuri on suosinut vanhusten makuuttamista vuoteissa. (Saarnio 2009, 55.) Hyväksytyimpänä syynä vapauden rajoittamiselle pidetään yleisesti aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä, joka potentiaalisesti johtaa potilaan vahingoittamaan itseään tai muita (Kontio 2011a, 11).

Pitkäaikaishoidossa rajoitustoimille altistaa kaatumisen lisääntyminen ja toimintakyvyn heikentyminen (Engberg, Casle & McCaffrey 2008, 442 - 452). Alarvo-Messo (2010) tuo esille tutkimuksessaan, että huono liikkumiskyky ei ole pelkästään syy ikääntyneen rajoittamiseen. Iso tekijä oli, ikääntyneen muistamattomuus joka vaikutti oleellisesti vanhuksen rajoittamiseen hoitokeinona. Näiden yhteissumma oli suuri riski rajoittamiseen ikääntyvällä, jonka liikkumiskyky oli huono yhdistettynä muistamattomuuteen tai ymmärrättömyyteen. Muistamattomuus saattoi ilmetä ymmärtämättömyytenä, vanhus ei muistanut, ettei hän pysty kävelemään jalkojen kantamattomuuden vuoksi tai lonkkaleikkauksen jälkeisten varauskieltojen voimassaolon vuoksi. Näin ollen wc:n lähteminen itsenäisesti oli riskitilanne, hänen tuntiessaan virtsaamisen tarpeen. Tällaisessa tilanteessa hoitajat rajoittivat sängyn laitojen nostamisella. Toisaalta ikääntyvä ei aina ymmärtänyt esimerkiksi sängynlaitojen olevan este vuoteesta putoamiselle, vaan wc:n tarpeen tullessa kiipesi laitojen yli. (Alarvo-Messo 2010, 37.)

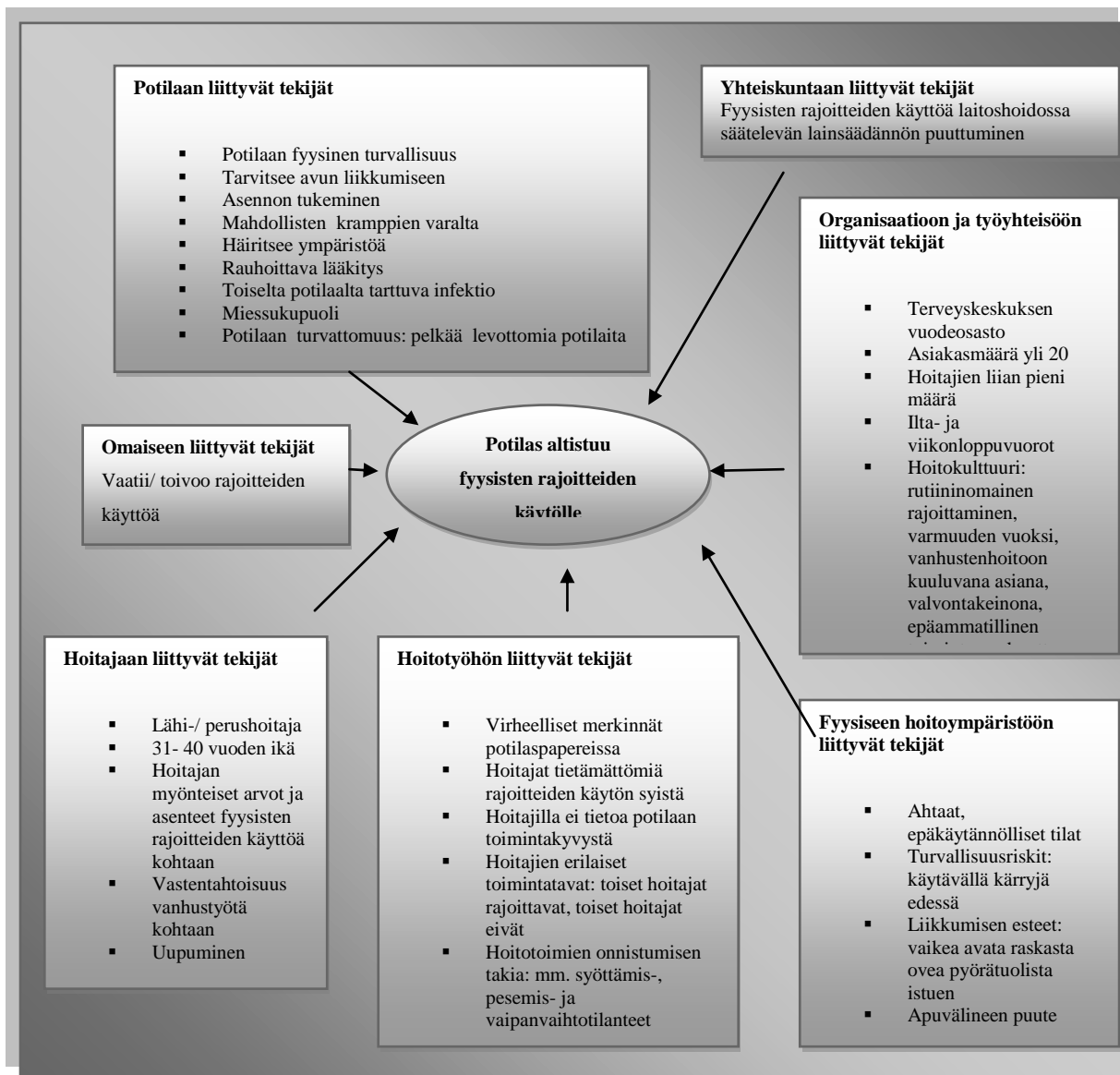
Alarvo- Messon (2010) mukaan omaisten näkökannalta rajoittaminen oli tuttu tilanne suurimmalle osalle heistä, he olivat tottuneet ja omaksuneet hoitokulttuuriin ja nähneet rajoittamista tapahtuvan ja kuuluvan hoitotoimenpiteisiin. Ikääntyvien jatkuvan henkilökunnan valvonnan tarve työllistää hoitohenkilökuntaa. Vähäisen henkilökunnan määrän vuoksi laitoksissa joudutaan turvautumaan rajoittamiseen. Tällaisissa tilanteissa omaiset hyväksyivät rajoittamisen, joka oli välttämätöntä ja näin lisäsi vanhuksen turvallisuutta. (Alarvo-Messo 2010, 38 - 39.)

Fyysisten rajoitteiden käyttöä on Suomessa tutkittu varsin vähän, vaikka liikkumisen rajoittaminen on kuulunut suomalaiseen vanhustenholtoon vuosikymmenten ajan (Saarnio ym. 2007, 117; Saarnio Isola 2009, 267). Fyysisten rajoitteen käyttö on hyvin haitallista potilaalle, niiden käyttö rikkoo potilaan perusoikeuksia sekä itsemääräämisoikeutta, kuten henkilökohtaisen koskemattomuuden sekä liikkumisvapauden toteutumisen. Rajoitteiden käytöstä on potilaalle fyysistä,

psykykkistä ja sosiaalista haittaa. Pitkittynyt fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa potilaalle liikkumattomuutta sitä kautta painehaavoja. Lisäksi käyttö aiheuttaa inkontinenssia sekä altistaa infektioille, lisää lääkkeiden käyttöä ja altistaa jopa ennenaikaiselle kuolemalle. Liikkumisen rajoittaminen aiheuttaa myös psykykkistä kärsimystä loukkaamalla henkilön perusoikeuksia. Fyysisesti rajoitettu potilas altistuu laitostumiselle. Kysyttäessä fyysisen rajoittamisen kohteena olevilta, ikääntyvien kokemustaan rajoittamisestaan, he ovat kuvanneet olotilansa olevan kuin olisivat joutuneet ansaan, olevan vankina. (Saarnio ym. 2007, 109; Saarnio 2009, 30 - 33; Saarnio & Isola 2009, 272.)

Hoitajat toivat esille kokevansa liian vähäisen henkilökuntamäärään johtavan potilaan rajoittamiseen. Yhtenä tekijänä oli potilaan sairaus voi aiheuttaa rajoitteiden käyttöä. Potilaan rajoittamista fyysisenä keinona käytetään yleisesti hoitotoimenpiteiden onnistumisen vuoksi, joita ovat muun muassa potilaalle aloitettu nenämahaletku- tai suonensisäinen infuusio hoito. Rajoittamisen tarkoituksena näissä tilanteissa on pyrkiä estämään, ettei potilas saa irrotettua hankaliksi kokemiaan letkuja. On myös tilanteita, joissa potilas itse tai omainen toivoo tai jopa vaatii fyysisten rajoitteiden, esimerkiksi sängynlaitojen, käyttöä. Tämä lisää heidän mielestä potilasturvallisuutta. (Alarvo-Messo 2010, 35 - 36; Saarnio ym. 2007, 113 - 115; Saarnio 2009, 16, 26- 29; Saarnio & Isola 2009, 269 - 270.) Saarnioin (2009) mukaan kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu rajoitteiden käytön olevan pitkäaikaista ja keskeytymätöntä. Osastohoidossa olevaa potilasta voidaan rajoittaa fyysisesti päivästä toiseen koko hoitajakson ajan. (Saarnio 2009; 25 - 26; Saarnio Isola 2009, 269 - 270.)

Saarnio (2009) tuo esille tutkimuksessaan potilaan fyysinen rajoittaminen aiheuttaa fyysisiä, psykykkisiä ja sosiaalisia haittoja ja saattaa altistaa erilaisille lähelläpiti- ja vaaratilanteille, laitostumiselle ja jopa kaltoin kohtelulle. Lisäksi fyysisten rajoitteiden käyttö on eettisesti ongelmallista, koska niiden käyttö on vastoin tahtoa, se rikkoo sekä potilaan ihmisoikeuksia että itsemääräämisoikeutta ja perustuslaillisia oikeuksia. (Saarnio 2009, 15 - 16, 30 - 31.) Rajoittamiseen liittyen potilaat ja heidän omaisensa kokevat usein saman ristiriidan kuin hoitohenkilöstökin: toisaalta rajoittaminen tuo turvallisuutta, mutta toisaalta taas loukkaa itsemääräämisoikeutta (Kuva3.) (Saarnio ym. 2007, 110).



Kuva 3. Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät (Saarnio 2009, 57 mukailten)

Fyysiseen rajoittamiseen liittyy aina riskejä. Traumoja tulee niin potilaalle, kuin henkilökunnalle, näin ollen työyksikössä tulee olla selkeät ohjeet fyysiselle rajoittamiselle, ja henkilöstön tulee hallita elvytystaidot. Rajoittamisen jälkeen tulee kirjata ja raportoida tapahtuneesta. Kiinnipidon jälkeen tulee seurata ja valvoa potilasta tiiviisti.

Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä saadut tulokset vaihtelevat eri tutkimuksissa, mikä johtuu siitä, mitkä välineet kussakin tutkimuksessa on määritelty fyysisiksi rajoitteiksi. Suurin ero tutkimustuloksissa liittyy nimenomaan siihen,

luetaanko sängynlaidat fyysiseksi rajoitteiksi vai ei. Saarnio ym. (2007) ja Saarnio (2009) tutkimuksissa 88 prosenttia hoitotyöntekijöistä ilmoitti, että osastolla oli tutkimusta edeltävällä viikolla käytetty fyysisiä rajoitteita. Käytetyin rajoitemuoto oli ylösnostetut sängynlaidat. Muita yleisimmin käytettyjä rajoittamisen muotoja olivat geriatrinen tuoli tai tavallinen tuoli pöydän tai turvavyön kanssa sekä vyö tai sidos sängyssä. (Saarnio 2009, 24 - 25; Saarnio ym. 2007, 109, 112.) Omaisen mielestä pöytälevyn käyttäminen geriatrisen tuolin kanssa, oli huomaamaton rajoittamiskeino. Itse asukas ei pitäen pöytälevystä, vaan usein irrottivat ja heittivät sen pois. (Alarvo-Messo 2010, 33.) Finne-Soverin (2005) tutkimuksen mukaan fyysisen rajoittamisen esiintyvyys oli palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 17 - 19 prosenttia. Tutkimuksessa käytetyt fyysisen rajoittamisen muodot olivat liikkumisen rajoittaminen estämällä tuolista ylösnouseminen tarjottimen avulla, vyöllä tai sitomalla nilkat. (Finne-Sover 2005, 103.) Saarnion ym. (2007) ja Saarnio & Isola (2009) tutkimuksessa valtaosa 88 prosentissa työyksiköistä rajoitettiin liikkumista, käytetyimmät muodot olivat ylösnostetut sängynlaidat, geriatrinen tuolin käyttö siten, että pöytälevy oli rajoittamassa liikkumista, pyörätuoli ja tavallinen tuoli vyökiinnityksineen sekä turvaliivi. Myös magneettivyötä ja lepositeitä käytettiin liikkumisen rajoittamiseen. (Saarnio & Isola 2009, 268; Saarnio ym. 2007, 112,) Alarvo-Messon (2010) tutkimuksessa kahdella käytettiin magneettivyötä sekä tuolissa että vuoteessa. Yhdeltä sen käyttö oli juuri tutkimusta edeltävällä viikolla lopetettu. Käytettäessä vuoteessa magneettivyötä se laitettiin yöksi kiinni ja aukaistiin vasta aamulla. (Alarvo-Messo 2010, 34.)

Toisissa työyksiköissä rajoitettiin sulkemalla tai lukitsemalla ikääntynyt omaan huoneeseen. Omaisten mielestä tällaiset tilanteet olivat pelottavia. Vaikka tutkimukseen osallistuvista neljä oli sellaista, jotka itse laittoivat tai pyysivät hoitohenkilökuntaa laittamaan heidän huoneensa ovensa lukkoon yön ajaksi. (Alarvo-Messo 2010, 30, 34; Saarnio Isola 2009, 268; Saarnio ym. 2007, 109.) Hoitohenkilökunta kertoivat käyttävänsä rajoittamistoimenpiteinä myös käsien sitomista vuoteenlaitoihin, vuodevaatteita sekä tuolin asettamista niin tiukasti pöytää vasten, että vanhus ei pääse pois siitä itse (Saarnio & Isola 2009, 268; Saarnio ym. 2007, 109; 112). Alarvo-Messo (2010) tutkimuksen aikana yhdeksällä käytettiin jotain rajoittavaa muotoa hoitokeinona. Sängyn laitojen ylösnostamista käytettiin kuudella asukkaalla rajoittamisen tarkoituksena. (Alarvo-Messo 2010, 32 - 34.)

Fyysinen rajoittamisen käyttö oli yhteydessä laitosmuotoon, asiakaspaikkamäärään ja erityistä merkitystä oli kyselyn yhteydessä vastaajien ammatillisella koulutuksella. Terveyskeskusten vuodeosastoilla käytettiin eniten fyysistä rajoittamista. Tutkimuksessa tuli esille, että mitä pienemmästä hoitoyksiköstä oli kysymys, sitä vähemmän käytettiin fyysistä rajoittamista. Ammatillisen koulutuksen saanneista 90 prosenttia käytti fyysistä rajoittamista, kun ne vastaajat, joilla ei ole ollut ammatillista koulutusta rajoittivat fyysisesti 68 prosenttia. (Saarnio ym. 2007, 112 - 113.)

Aggressiivisuus, väkivalta ja erilaiset uhkaavat tilanteet ovat monen terveydenhuollon toimintayksikön arkipäivää (Taipale & Välimäki 2002, 167 - 179). Timlin & Kyngään tutkimuksessa tuotiin esille, että potilaan aggressiivisuus kohdistuu usein hoitohenkilökuntaan, toisiin potilaisiin tai se voi kohdistua häneen itseensä. Lisäksi aggressiivinen tai väkivaltainen käyttäytyminen voi ilmetä usein myös fyysiseen hoitoympäristöön kohdistuvana paikkojen rikkomisena, jolloin muut ihmiset voivat kokea käyttäytymisen uhkana omalle turvallisuudelle. Aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan rauhoittamisen keinoina käytettiin yleisimmin keskustelua, hoitajan läsnäoloa sekä tarvittavaa lääkitystä. Potilaan hoitaminen näillä vuorovaikutuksen keinoilla arveltiin onnistuvan hyvin ja potilaan fyysistä rajoittamista käytettiin äärimmäisenä keinona (Timlin & Kyngäs 2007, 182 - 191.) Latvala (2001) tutkimuksessa monet potilaat kokivat olevansa vankeja suljetulla osastolla, vaikka olivat hoidossa sairaalassa. Lisäksi potilaat kokivat noudattaessa hoitajien antamia ohjeita, neuvoja ja määräyksiä heidän elämänsä olevan helpompaa niissä olosuhteissa. (Latvala 2001, 104.)

Potilaan fyysisestä rajoittamisesta päättäessään hoitajat ovat avainasemassa. Hoitohenkilökunnan asenteet, normit ja moraali vaikuttavat fyysisen rajoittamisen käyttöön. Hoitajan oma persoona ja työskentelytapaan sekä työyhteisön jäsenten keskenään sopimat toimintatavat vaikuttavat fyysisen rajoittamisen toimenpiteenä käytettynä. Hoitajan yksilöllisiin toimintatapoihin kuuluu muun muassa se, kuinka hän huomioi potilasta rajoittaessaan liikkumista ja kirjaako hän käyttämänsä rajoitusmuodon hoitosuunnitelmaan. Työyhteisön toimintatapoja ovat yhteiset keskustelut rajoitteiden käytöstä, käyttöön liittyvät päätöksenteot sekä osastolla käytössä olevat fyysistä rajoittamista määrittelevät kirjalliset ohjeet. (Saarnio ym. 2009, 270.) Saarnion (2009) sekä Saarnion & Isola (2009) mukaan tulee esille, että hoitajista reilusti yli puolet sanoi kertovansa vanhukselle aina, mitä (62 %) ja miksi

(61 %) oli tekemässä, näistä seitsemän prosenttia sanoi kertovansa joskus. Kukaan hoitajista ei tunnustanut, että he jättäisivät selittämättä, mitä tapahtuu. Varttuneemmat ja kokeneemmat hoitajat sekä vakinaisessa virassa olevat hoitajat olivat aktiivisimpia kertomaan vanhukselle fyysisen rajoittamisen käytöstä. (Saarnio & Isola 2009, 270 - 271; Saarnio 2009, 60 - 61.)

Saarnion ym. (2009) mukaan on mahdollista, etteivät hoitajat kaikissa tilanteissa tunnista työyhteisön vakiintuneita rajoittamiskäytäntöjä rutiininomaiseksi ja itsemääräämisoikeutta rajoittavaksi toiminnaksi. (Saarnio 2009, 62 - 63; Saarnio Isola 2009, 274; Koivuranta 2002, 87 - 88.) Fyysisten rajoitteiden arviointi ja sen tarve tulisi olla yksilöllistä, näin ollen tärkeää merkinnät fyysisestä rajoittamisesta on nähtävissä potilaskirjoissa. Merkinnöissä tulee näkyä myös syy, miksi rajoittamiseen on päädytty. Saarnion ym. (2009) tuo esille, että kansainvälisistä tutkimuksista saatu tuloksia, joiden mukaan fyysisen rajoittamisen kirjaaminen potilaan hoitosuunnitelmaan on ollut puutteellista. Kotimaisen tutkimuksen mukaan hoitoyksiköissä työskentelevistä hoitajista yli puolet kertoi kirjaavansa toimenpiteen lähes aina potilaspapereihin. Vain viisi prosenttia hoitajista vastasi, ettei kirjannut koskaan fyysistä rajoittamista ylös. (Saarnio 2009, 62 - 63; Saarnio ym. 2009, 271.)

Saarnio ym. (2009) tuo esille kirjallisuudessa, että tutkimusten perusteella näyttää siltä, että liian usein päätöksen fyysisen rajoittamisen käytöstä joutuu tekemään hoitotilanteissa oleva hoitaja. Lisäksi omaiset tekevät päätöksen huomattavan usein vanhuksen rajoittamisesta. Ennen fyysisen rajoittamisen toimenpidettä pitäisi edeltää hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden yhteinen keskustelu ja arviointi potilaan tilanteessa. Tärkeää on, että moniammatillinen työryhmä tekee päätöksen potilaan fyysisen rajoittamisen käytöstä. Rajoittamistoimenpiteeseen tulee kuulua myös aktiivinen dokumentoiminen potilasasiakirjoihin, riittävä valvonta rajoitteiden käytön aikana sekä rajoittamisen lopettaminen välittömästi, kun se ei ole enää tarpeellinen. Ilman työyhteisön yhteistä keskustelua, kirjaamista sekä arviointia, potilaan fyysinen rajoittaminen jää rutiininomaiseksi toiminnaksi. (Saarnio & Isola 2009, 271; Saarnio 2009, 81 - 84.) Fyysisen rajoittamisen käytöstä tulee yksittäiselle hoitajalle eettisesti vaikea valintatilanne, jossa hoitaja joutuu itse valitsemaan fyysisen rajoittamisen aiheuttaman haitan ja siitä mahdollisesti saadun hyödyn välillä, jos työyksikössä ei ole selviä ohjeita, eikä moniammatillinen työryhmä osallistu päätöksentekoprosessiin. Hoitajan joutuessa ajoittain toimimaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa vastoin

potilaan omaa tahtoa se lisää eettistä ristiriitaa. (Saarnio ym. 2009, 270; Saarnio 2009, 82.)

Fyysinen rajoittaminen on läsnä potilastyössä, ja se on monitahoinen ilmiö. Tätä on tutkittu ja tutkitusta tiedosta on löydettävissä ratkaisuehdotuksia, mutta tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että hoitaja joutuu yksin pohtimaan keinoja rajoittamistilanteessa potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Tulisi huomioida, että hoitajan ei tarvitsisi koskaan yksin päättämään fyysisestä rajoittamisesta, hänen tulisi saada tukea päätökselleen lainsäädännöstä, ohjeistuksista, esimiehiltä ja työtovereilta. Tärkeintä näistä kaikista on potilaan itsensä ja omaisten äänen kuuleminen. (Saarnio & Isola 2009, 276 - 277, Saarnio ym. 2007, 117, Saarnio 2009, 82.)

Timlin & Kyngäs (2008) tutkimuksessa tuotiin esille, että potilasta voidaan hoitaa eri keinoin kuin potilaan fyysisen rajoittamisen muodoilla. Hoitajien mielestä suurimman osan (59 %) potilaista on mahdollista hoitaa ilman potilaan fyysistä rajoittamista. Lisäksi tuotiin esille ennakkoimisen tärkeys tilanteiden hallinnan saamiseksi ja hoitohenkilökunnan käyttäytyminen on yksi ehkäisevä tekijä. Työyhteisön yhteistyö oli olennaista ja se korostui myös potilaan fyysisessä rajoittamisen tilanteissa. He kokivat fyysinen rajoittamisen psyykkisesti kuormittavaksi. (Timlin & Kyngäs 2008, 186 - 188.)

Hoitajan vaihtoehdot potilaan rajoittamistoimenpiteen aikana niiden hoitamiseksi saattava olla vähäiset hoitotyössä. Hän joutuu ratkaisemaan yksittäisen potilaan rajoittamisen tai hänen oletetun turvallisuutensa välillä. Päätöksenteon kannalta oleellista on, että se tehdään yksilöidysti tapaukserrallaan. Osastolle tulisi välttää muodostaa hoitokulttuuria, joka suosii rajoitteita ensisijaisena ratkaisuvaihtoehtona. Potilaan osalta on joka kerta pohdittava muita vaihtoehtoja, jotka usein vaativat hoitajilta luovuutta ja halua nähdä asiat uudella tavalla. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 235 - 237.) Tutkimuksissa osoitettu, että osastokohtaisilla kehittämis- ja henkilökunnan koulutusohjelmilla on kyetty vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttöä. Alarvo-Messon (2010) mukaan ikääntyvän omaiset kokivat hoitajan ammattitaidon ja koulutuksen hoitajille valmiuden sekä oikeuden arvioida rajoittavien hoitotoimenpiteiden käytön tarpeellisuutta. Hoitajien koulutus ja tietämys työskennellä esimerkiksi muistisairaana kanssa auttoi vähentämään rajoittamista vanhusten kanssa työskennellessä. Liikkumista tukevien hoitokeinojen hallitseminen

on yksi tärkeä osa hoitajien ammattitaitoa. Ikääntyvällä tulee olla asianmukaisesti apuvälineet joita ovat esimerkiksi pyörätuoli, rollaattori tai eva- kävelyteline. Muistamattoman ongelmaksi muodostui apuvälineen käyttöön liittyvä ongelma, vanhus ei aina muistanut sen olemassa oloa ja tarpeellisuutta ja näin liikkui ilman apuvälinettä. Omaiset hyväksyivät kaatumisriskin olemassa olon, etenkin jos kysymyksessä ei ollut muistisairas vanhus. Heidän mielestään kaatumisen täydellinen ennakointi oli mahdotonta. Vanhus voi kaatua hoitajan läsnäolosta huolimatta. Tätä pidettiin vahinkona, joka voi tapahtua kenelle tahansa ja missä tahansa. Muistisairaana vanhuksen kohdalla, omaiset kokivat ennaltaehkäisyn olevan heitä enemmän hoitajan vastuulla. (Alarvo-Messon 2010, 39 - 40.)

Fyysisten rajoitteiden vähentäminen laitoshoidossa terveyskeskuksessa on aiheellista, koska tutkimusten mukaan terveyskeskusten vuodeosastoilla rajoittamista käytettiin eniten. Tämä oli suhteessa potilaspaikkamäärään, mitä pienemmästä yksiköstä oli kysymys, sitä vähemmän rajoittamista käytettiin. Laitosmuodolla oli merkitystä fyysisen rajoittamisen käyttöön, sillä yksityisissä käytettiin vähemmän liikunnan rajoittamista kuin kunnallisessa hoitolaitoksessa, kuten esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Saarnio ym. 2007, 112 - 116; Saarnio 2009, 24 - 26; Saarnio & Isola 2009, 273.) Huomioita tulisi kiinnittää oikean hoitopaikan soveltuvuuteen. Terveyskeskuksen vuodeosasto eivät välttämättä ole oikea paikka kyseiselle potilaalle, sillä niitä ei ympäristön turvallisuuden takia ole suunniteltu esimerkiksi dementoituvan ikääntyneen tai mielenterveyspotilaan hoitotarvetta silmällä pitäen. (Saarnio & Isola 2009, 273.) Toisaalta tulisi kiinnittää huomioita henkilöstön määrään, laatuun ja kuormittavuuteen (Saarnio & Isola 2009, 273).

Fyysisten rajoittamisen tilanteet ovat erilaisia, ja näin rajoitteen käytön hyväksyttävyyttä tulisikin arvioida aina tapauskohtaisesti. Pääsääntöisesti hoitajat joutuvat päivittäisessä hoitotyössä käytännössä ratkaisemaan vaikeita eettisiä tilanteita, jotka liittyvät fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Koivuranta 2002, 79; Saarnio ym. 2007, 117; Saarnio 2009, 30 - 33; Saarnio & Isola 2009, 273 - 274.) Hoitohenkilökunnan tiedot, taidot, asenteet ja mahdollisimman hoidollinen ympäristö nousevat tärkeimpään asemaan ennaltaehkäisyn näkökulmasta (Pilli 2009, 122 - 130).

Hoitajan rajoittaessaan potilaan liikkumista turvallisuussyistä, tulisi hoitopaikoissa kiinnittää enemmän huomiota ympäristön turvallisuuteen. Hoitoympäristön tulisi olla

niin turvallinen, että hänen ei tarvitse pelätä potilaan loukkaavan itseään. Turvallisuutta hoitopaikoissa voidaan lisätä käyttämällä erilaisia apuvälineitä, kuten lonkkahousuja, suojakypärää tai sängynvierusmattoa, sekä huolehtimalla turvallisten jalkineiden saatavuudesta. (Saarnio & Isola 2009, 274; Saarnio ym. 2007, 113 - 115; Saarnio 2009, 79; Alarvo-Messo 2010, 30.)

Potilaan turvallisuutta voitaisiin lisätä rakenteellisella ja toiminnallisilla toimenpiteillä ja näin vähentää fyysistä rajoittamista. Tilanteiden ennakointi potilaan fyysisen rajoittamisen vähentämisen minimoimiseksi on tärkeä, se osa hyvää hallintaa. Voitaisiin kiinnittää huomiota työympäristön suunnitteluun, kuten materiaalin, rakenteiden, näkyvyyden ja erilaisten tekniset turva- ja valvontalaitteiden toimintaan. Lisäksi kiinnittää henkilöstöhallintoon, riittävään henkilöstöön, henkilökunnan ammattitaidon kehittämiseen sekä hyvään työilmapiiriin ja yksittäisen työntekijän valmiuteen ja keinoihin potilaan fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn sekä tilanteissa ammatillisesti toimimiseen. (Taulukko 1; Saarnio & Isola 2009, 273 – 277.) Lain avulla potilaan oikeudellinen asema selkiintyisi uuden lainsäädännön myötä. Lain antama ja tuoma valtuutus ja tuki vähentäisi ”väärintekemisen” tunnetta. Lainsäädäntöä selkeyttämällä voitaisiin edistää itsemääräämis- ja perusoikeuksien toteutumista. (Koivuranta 2002, 80 - 82.)

Koska fyysinen rajoittaminen on eettisesti pulmallista, on tärkeää, että hoitoalan ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa perehdytään hoitotyön eettisiin kysymyksiin. Rajoittamisen käytön vähentämisen keinoja ovat: hoitokäytäntöjen muuttaminen, tiedonsaannin lisääminen, vuorovaikutuksen lisääminen. Potilas tulisi päästä pois potilaan roolista, näin potilas on täysvaltainen ihminen (Taulukko 1; Heikkinen 2007). Edellytyksenä rajoittamisen vähentämisenä hoitotyössä on, että hoitajat ovat sitoutuneet noudattamaan hoitotyön periaatteita ja lakeja. Sitoutuminen näkyy hoitajien työotteessa. Hän omalla toiminnallaan sitoutuu olemassa oleviin käytäntöihin.

Taulukko 1. Mahdollisuudet fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen toiminnan eri tasoilla (Saarnio & Isola 2009, 277) mukaillen.

YHTEISKUNNALLINEN TASO	ORGANISAATIO- JA TYÖYHTEISÖTASO	HOITOTYÖN TASO
Lainsäädännön kehittäminen	Täydennyskoulutuksen lisääminen	Haasteellisen käyttäytymisen ehkäisy
Pienemmät hoitoyksiköt	Henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> tutustuminen potilaan elämänhistoriaan huumorin käyttö katse- ja kosketuskontakti läheisyys potilaan oman tilan kunnioittaminen selkeä puhetapa potilaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen ikäntyneen kohteileminen aikuisena
Oikean hoitopaikan valinta	Johtamistapa	Potilaan toiveiden huomiointi
Henkilöstön lisääminen	Yhteiset sovitut toimintatavat	Vapauden kokemusten järjestäminen
	Kirjalliset ohjeet	Neuvottelu ikäntyneen, omaisen ja työtovereiden kanssa
	Uusien työntekijöiden perehdyttäminen	Turvallisista jalkineista huolehtiminen
	Hoitoympäristön turvallisuus	
	<ul style="list-style-type: none"> apuvälineiden käyttö matalat sängyt pyöreäkulmaiset huonekalut hyvä valaistus meluttomuus turvallinen piha-alue ulkoiluun 	

9 KOULUTUSTARPEIDEN KARTOITTAMINEN

Kehittämisen tarkoituksena on aikaan saada muutosta, joten sillä tavoitellaan aikaisempaa parempaa ja tehokkaampaa toimintatapaa. Kehittämisen keskeinen elementti on tavoitteellisuus. Kehittämistoiminta voi kohdistua työntekijöiden osaamiseen ja tavoitteena on aikaan saada muutos työntekijän työnteon tavassa ja menetelmissä. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Jotta koulutus palvelisi juuri vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tarpeita, järjestettiin lähtötilanteen kartoitus kartoittavalla kyselyllä, jonka tarkoitus oli kartoittaa lähtötilanne. Lähtötilanteen kartoitus suoritettiin kyselylomakkeen (liite 3) avulla, näin saatiin mahdollisimman monen mielipide kuuluviin, koska osastoilla tehdään kolmivuorotyötä ja kaikkia ei ole mahdollista tavoittaa samanaikaisesti.

9.1 Kartoittava kysely

Ennen kyselylomakkeen suunnittelua perehdyin aiheeseen teorian tiedon avulla, jonka pohjalta suunnittelin kyselylomakkeen. Kartoittavan kyselyn tarkoituksena oli selvittää kehittämisen lähtökohta. Kyselyssä kartoitettiin hoitohenkilökunnan tietämys siitä, mitkä muodot ovat potilaan fyysistä rajoittamista, sekä mihin he perustelevat fyysisen rajoittamisen käytön. Lisäksi kartoitettiin koulutuksen tarpeellisuutta, hoitohenkilökunnan epävarmuutta ja tilanteiden hallitsemista potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen (liite 3) avulla. Kohderyhmäksi oli valittu osastolla vakituksessa työsuhteessa olevat ja pitkäaikaiset sijaiset, tällä tavoin saataisiin mahdollisimman tarkka otos tämän hetkisestä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tiedoista. Kartoittavan kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Vastaajat saivat vapaasti ottaa täytettäväkseen sekä palauttaa täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa niille osoitettuun paikkaan.

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkitaan ilmiöön kuuluvia muuttujien olemassaolon ja määrän lisäksi eri tekijöiden välisiä yhteyksiä. Määrällinen tutkimusmenetelmä antaa kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Siinä saadaan kysymyksiin vastaukset kuinka paljon ja miten usein. (Vilkka 2007b, 13.) Kaikkia tutkimukseen liittyviä kysymyksiä voitaisiin tarkastella tilastollisesti. Määrällisessä tutkimuksessa ilmiötä voidaan kuvata numeroin saadun tiedon pohjalta (Heikkilä 2010, 17). Kyselylomakkeella saadaan kerättyä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista ja asenteista. Myös uskomuksia, käsityksiä ja mielipiteitä voidaan selvittää kyselylomakkeen avulla. (Vilkka 2007b, 28.)

Kyselylomake (liite 3) on puolistrukturoitu, ja se jakautuu sekä monivalintakysymyksiin ja avoimeen kysymykseen. Kyselylomakkeessa on yksitoista kysymystä. Monivalintakysymyksissä on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee valmiin vaihtoehdon tai useampia vaihtoehtoja. Avoimessa kysymyksessä esitetään vain yksi kysymys ja jätetään vastaajalle tilaa vastausta varten. Lomake sisälsi kaksi strukturoitu kysymystä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot, kahdeksan sekamuotoista kysymystä, joihin oli annettu ennalta vastausvaihtoehtoja ja tämän lisäksi sisälsi avoimia vastausvaihtoehtoja. Yksi kysymyksistä oli avoin, sen tarkoituksena oli saada vastaajalta tietoa, jonka hän voi

kertoa omin sanoin jostain potilastilanteesta omasta työstään. Monivalintakysymyksissä vastaajille annettiin valmiit vastausvaihtoehdot. Avoimessa kysymyksessä vastaaja sai vastata omin sanoin kysymykseen. Avoin kysymys valittiin, koska se antaa mahdollisuuden vastaajalle sanoa ja ilmaista oman mielipiteen ja tietämyksensä ja antaa vastaajien ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset eivät ehdota suoria vastauksia eivätkä osoita vastaajien liittyvien tunteiden voimakkuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavara 2007, 196.)

9.2 Aineiston analysointi

Kartoittavaan kyselylomakkeeseen vastasi 24 henkilöä 27:stä, jolloin vastausprosentiksi saatiin 89 prosenttia. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä. Vastausprosentti kertoo hoitohenkilökunnan aktiivisuudesta. Kyselylomakkeiden hylkäämiseen ei löytynyt perusteita yhdessäkään lomakkeessa, kaikki olivat täytetty asianmukaisesti. Kaikki vastaajat olivat vastanneet jokaiseen lomakkeessa oleviin kysymyksiin. Vastauslomakkeet numeroitiin mahdollisten tarkastuksen helpottamiseksi. Kyselyn saadut vastaukset purettiin. Aineiston analyysin tarkoitus on luoda hankittuun aineistoon selkeyttä sekä mahdollisesti löytää uutta tietoa. Aineisto pyritään tiivistämään niin, että sen sisältämää informaatiota kadotetaan. (Eskola & Suoranta 2008, 19.) Aineisto analysoitiin laskemalla frekvenssit ja prosentit. Saadut luvut syötettiin Microsoft Office Excel- taulukko-ohjelmaa käyttäen, jonka jälkeen tulokset havainnollistettiin diagrammeina.

Avoimet kysymykset purettiin ja analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Avoimen kysymysten vastausten tulosten esittelyssä käytetään suoria lainauksia hahmottamaan vastaajien tuomia näkökantoja. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien eli kirjalliseen muotoon saatettujen materiaalien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106, 108 - 112.)

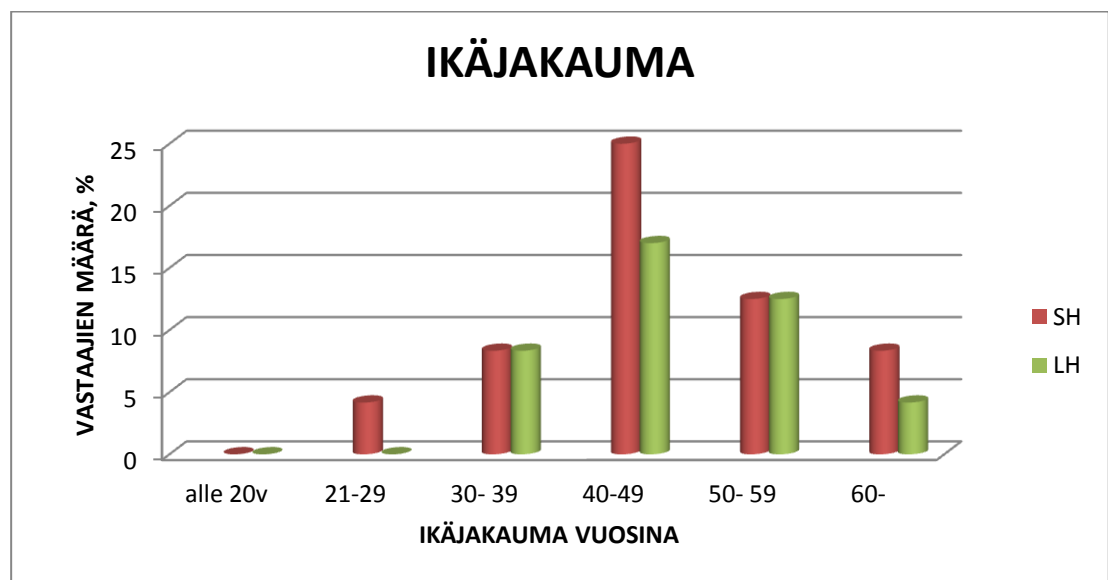
Aluksi kyselyaineiston analysoinnin kirjoittamalla käsinkirjoitetut vastaukset puhtaaksi tietokoneelle, sanasta sanaan, niin kuin vastaajat olivat ne kirjoittaneet. Koodasin lomakkeet numeroin helpottaakseni aineistoon palaamista kirjoitusvaiheitten aikana. Kirjoitin avoimet kysymykset ensin puhtaaksi ja sen jälkeen pelkistin alkuperäiset ilmaukset selvään muotoon. Kirjallisia vastauksia siteerattiin

soveltuvin osin suoraan tai muokkaamalla niistä asiakkeiksi. Suorat lainaukset on työssä laitettu sitaatteihin. (Vilkkä 2007b, 147; Tuomi & Sarajärvi 2009, 106.)

9.3 Kartoittavan kyselyn tulokset

Vastaajien ikäjakauma

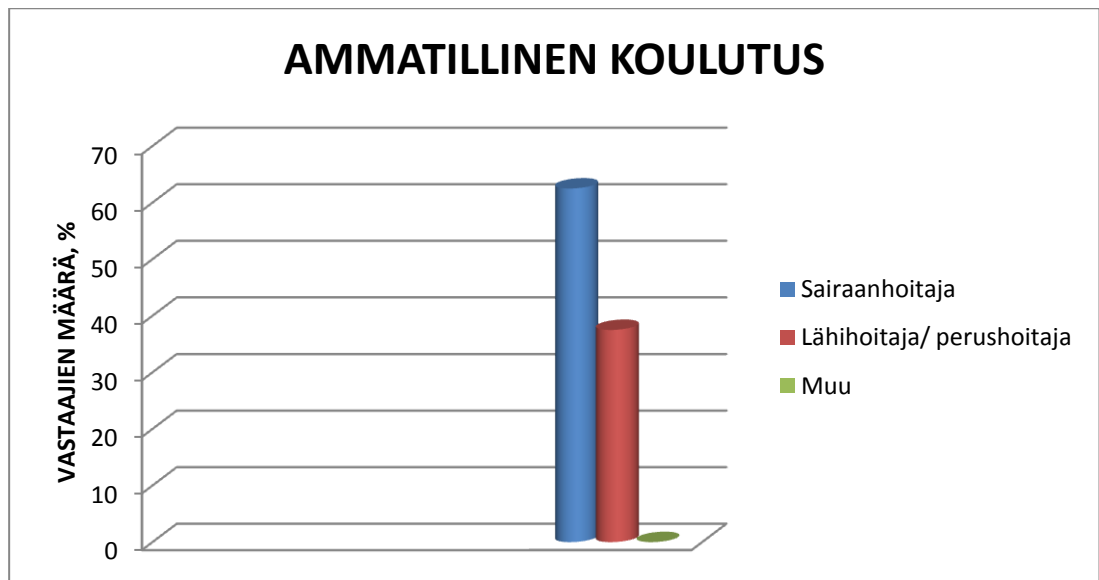
Kyselyyn vastanneista suurin osa on 40 - 49 vuotiaita, niin sairaanhoitajan 25 prosenttia (n= 6) kun perus-/lähihoitajan 17 prosenttia (n= 4) ryhmässä. Kahteen seuraavaan ikäryhmään kuuluu 50 - 59- vuotiaat ja 30 - 39- vuotiaat, joiden sairaanhoitajien osuus on 21 prosenttia (n= 5) ja lähi-/ perushoitajia 21 prosenttia (n= 5) yhteen laskettuna. Vastaajista yksi oli 21- 29- vuotias ja yli 60 vuotiaiden yhteinen osuus oli 17 prosenttia (n= 4). (Kuva 4.)



Kuva 4. Vastaajien ikäjakauma vuosina (N= 24)

Pohjakoulutus

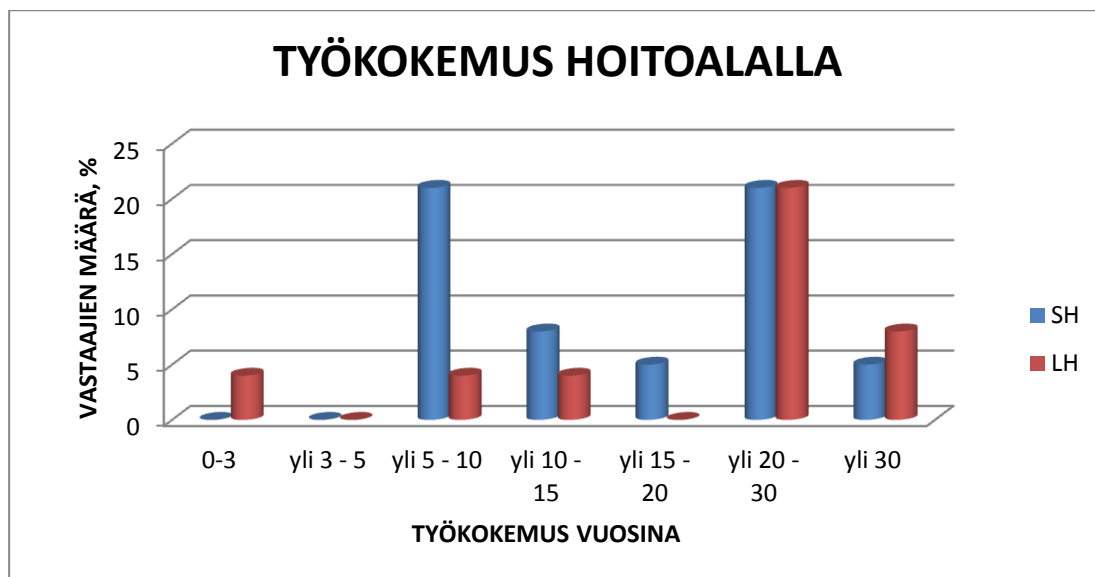
Taustatiedoissa selvitettiin kyselyyn vastanneiden korkeinta pohjakoulutusta. Kyselyyn vastanneista oli sairaanhoitajia 62,5 prosenttia (n= 15), lähi-/perushoitajia oli 37,5 prosenttia (n=9). (Kuva 5.)



Kuva 5. Vastaajien pohjakoulutus (N= 24)

Työkokemus hoitoalalla

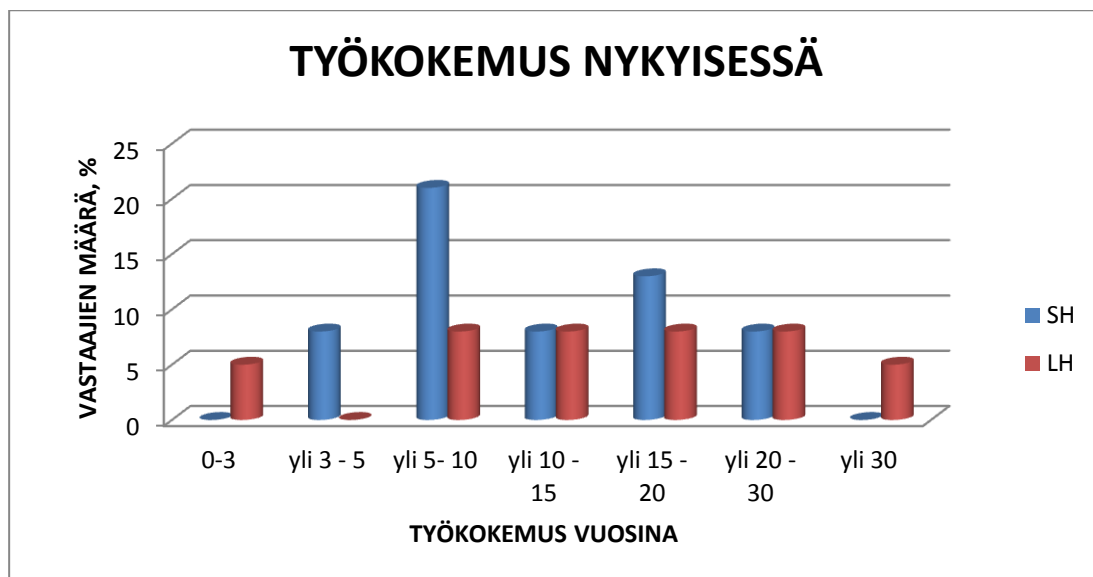
Vastaajista sairaanhoitajien työkokemus hoitoalalla jakautui yli 5 - 10 vuoden ja yli 20 - 30 vuoden välillä, näiden kummakin osuus oli 42 prosenttia (n= 10) yhteen laskettuna. Seuraavaksi nousi yli 10- 15 vuoden kokemus sairaanhoitajilla, sen osuus oli 8 prosenttia (n= 2). Viimeiseksi osuudeksi nousi yli 15 - 20 vuotta ja yli 30 vuotta työkokemusta, näiden yhteinen osuus oli 8 prosenttia (n= 2). Lähi-/ perushoitajien yleinen työkokemus hoitoalalla jakautui yli 20 - 30 vuoteen, joka oli isoin ryhmä vastaajista. Heidän osuus vastaajista oli 21 prosenttia (n= 5). Seuraavaksi nousi yli 30 vuoden työkokemus hoitoalalla, jonka osuus oli 8 prosenttia (n= 2). Viimeiseksi ryhmään nousi 0 - 3 vuotta, yli 5 - 10 vuotta ja yli 10 - 15- vuotta, joiden jokaisen osuus oli 4 prosenttia (n= 3). (Kuva 6.)



Kuva 6. Vastaajien työkokemus yleisesti hoitoalalla. (N= 24)

Vastaajien työkokemus nykyisessä työpaikassa jakautui seuraavasti: Sairaanhoitajien työkokemus yli 5 – 10- vuotiaiden osuus oli 21 prosenttia (n= 5) ja yli 15 - 20 vuotiaiden oli 13 prosenttia (n= 3). Sairaanhoitajavastaajien työkokemus oli yli 3 - 5 vuotta, yli 10 - 15 vuotta sekä 20 - 30 vuotta, jonka osuus oli 25 prosenttia (n= 6) yhteensä. Lähi-/ perushoitajien jakautui tasaisemmin kahteen ryhmään, ensimmäiseen kuuluvat, ne joilla oli työkokemusta yli 5 - 30 vuotta, joiden osuus oli 33 prosenttia (n= 8) yhteen laskettuna. Toiseen ryhmään kuului 0 - 3 vuotta ja yli 30-vuotiaiden osuus oli yhteensä 8 prosenttia (n= 2) yhteen laskettuna. Vastaajista yhtään lähi-/ perushoitajista ei kuulunut yli 3 - 5 vuotta työkokemusta nykyisessä työssään. (Kuva 7.)

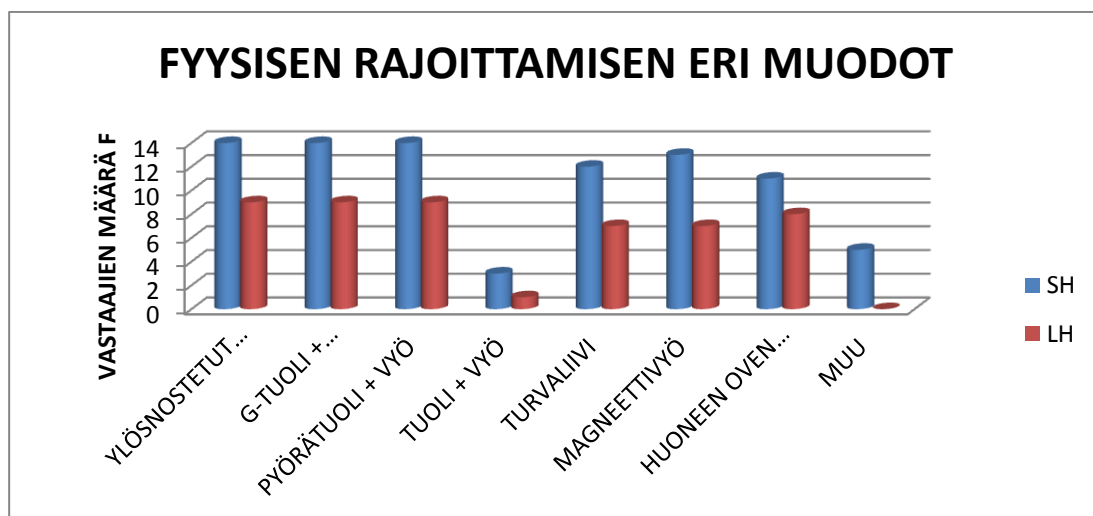
Kun tarkastellaan niin sairaanhoitajien kun lähi-/ perushoitajien työkokemusta, niin heillä on pitkä työkokemus, yleisesti kuin nykyisessä työssään. Näin voidaan ajatella, että heillä on kokemusta hoitotyöstä ja he joutuvat tekemisiin potilaan fyysisen rajoittamisen kanssa.



Kuva 7. Vastaajien työkokemus nykyisessä työnantajalla (N= 24)

Fyysisen rajoittamisen eri muodot

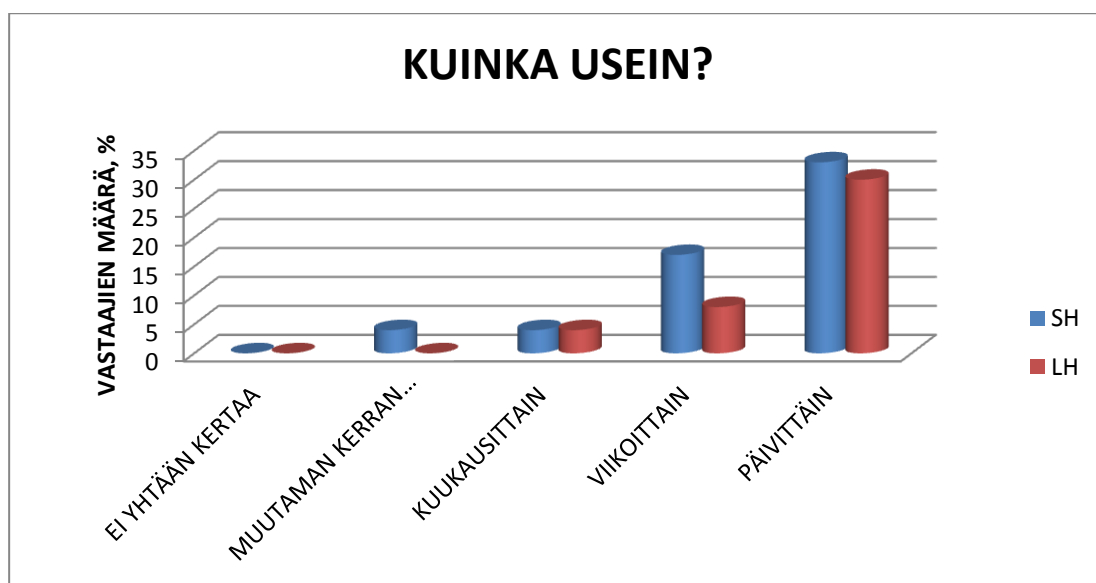
Lähes kaikki (n= 23) sairaanhoitajat sekä lähi-/ perushoitajat olivat käyttäneet seuraavia fyysisen rajoittamisen muotoja: ylösnostetut vuoteen laidat, geriatrinen tuoli pöytälevyn kanssa sekä pyörätuoli vyökiinnityksellä. Suurin osa oli käyttäneet magneettivyötä (n= 20), turvaliiviä (n= 19) sekä huoneen oven lukitsemista eri keinoin (n= 19). Vähemmän käytettiin tavallista tuolia yhdistettynä vyön kanssa (n= 4) tai jokin muu keino (n=1) esimerkiksi käden sitominen vuoteen laitaan kiinni. (Kuva 8.)



Kuva 8. Fyysisen eri rajoittamisen muodot hoitohenkilökunnan toimesta (N= 24)

Fyysisen rajoittamisen yleisyys hoitotyössä

Vastaajista 63 prosenttia (n= 15) rajoitti potilasta päivittäin, josta sairaanhoitajien osuus oli 33 prosenttia (n= 8) ja 30 prosenttia (n= 7) lähi-/ perushoitajien vastaajista. Yöaikaan lähi-/ perushoitajia on kaksi, yksi kummallakin osastolla, jotka periaatteessa ovat yksin osastolla. Sairaanhoitajia on yksi yövuorossa, jonka tehtävänä on olla yliyöhoitajana neljässä eri osastolla. Vastaajista viikoittain rajoittivat 25 prosenttia (n= 6), josta sairaanhoitajat osuus on 17 prosenttia (n= 4) sekä lähi-/ perushoitajista 8 prosenttia (n= 2). Fyysistä rajoittamista käytettiin osastolla 8 prosenttia (n=2) kuukausittain, 4 prosenttia (n= 1) muutaman kerran vuodessa. (Kuva 9.)

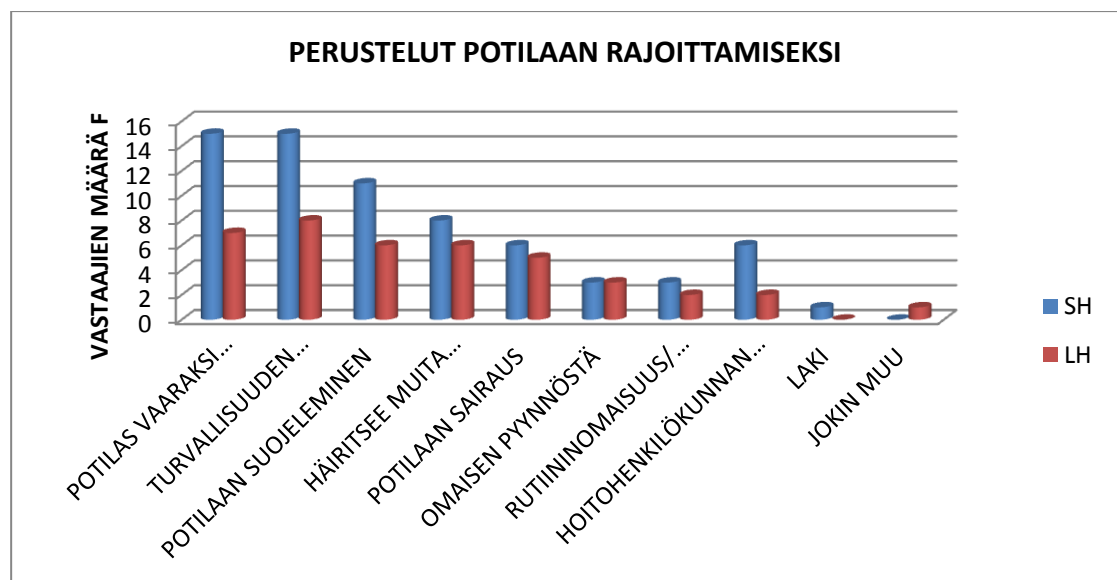


Kuva 9. Fyysisen rajoittamisen tarpeellisuus hoitotyössä (N= 24)

Perustelut joita käytetään potilaan fyysisen rajoittamisen perustaksi

Eniten käytetyksi perusteluksi nousi esille potilaan olo vaaraksi itselle tai toiselle sekä potilaan turvallisuus, jolla perusteltiin päätöstään rajoittaa fyysisesti potilasta. Sairaanhoitajien osuus oli 15 vastaajaa 24:stä molemmissa kohdissa. Lähi-/ perushoitajien osuus oli, 7 vastaajasta 24:stä rajoitti potilasta, koska hän on vaaraksi itselle tai toiselle. Lisäksi 8 vastaajasta 24:stä rajoitti potilasta perustellen turvallisuuden kannalta. Sairaanhoitajista 11 ja lähi-/ perushoitajista 6 vastaajaa perusteli päätöstään potilaan suojelemisella. 8 sairaanhoitajista ja 6 lähi-/ perushoitajista perustelivat potilaan rajoittamista eri keinoin potilaan häiritsemässä toisia potilaita. Hoitajat perustelivat potilaan rajoittamista potilaalla olevalla eri

sairaudesta johtuvasta mahdollisesta ilmenevästä ongelmasta joita on, esimerkiksi sekavuus, aggressiivisuus sekä levottomuus, 6 sairaanhoitajien osuus oli 6 ja lähi-/perushoitajista 5 24:tä vastaajasta. Hoitohenkilökunnan vähyys syynä perusteli rajoittamista 6 sairaanhoitajaa ja 2 lähi-/perushoitajaa. Vähemmän syitä, joihin hoitajat perustelivat rajoittamista, olivat omaisen pyynnöstä johtuvaa rajoittamista, sairaanhoitajista 3:sta ja tästä lähi-/perushoitajien osuus oli 2 24 vastaajasta. Vastaajista vain yksi sairaanhoitajista perusteli potilaan rajoittamista lailla. Lähi-/perushoitajista kukaan ei perustellut potilaan rajoittamista lailla (Kuva 10.). Tämä kohta osoittaa koulutuksen tärkeyden, mikä on se perustelu, kun potilasta rajoitetaan. Koska potilaan rajoittaminen pitää ainoastaan perustua lakiin ja sitä kautta yllä mainittuihin syihin. Yllä mainitut samat perustelut tulevat esille aikaisemmissa tutkimuksissa, joita hoitohenkilökunta käytti rajoittaakseen fyysisesti potilasta. (Saarnio 2007, 113 - 115; Saarnio 2009, 15 - 33.)

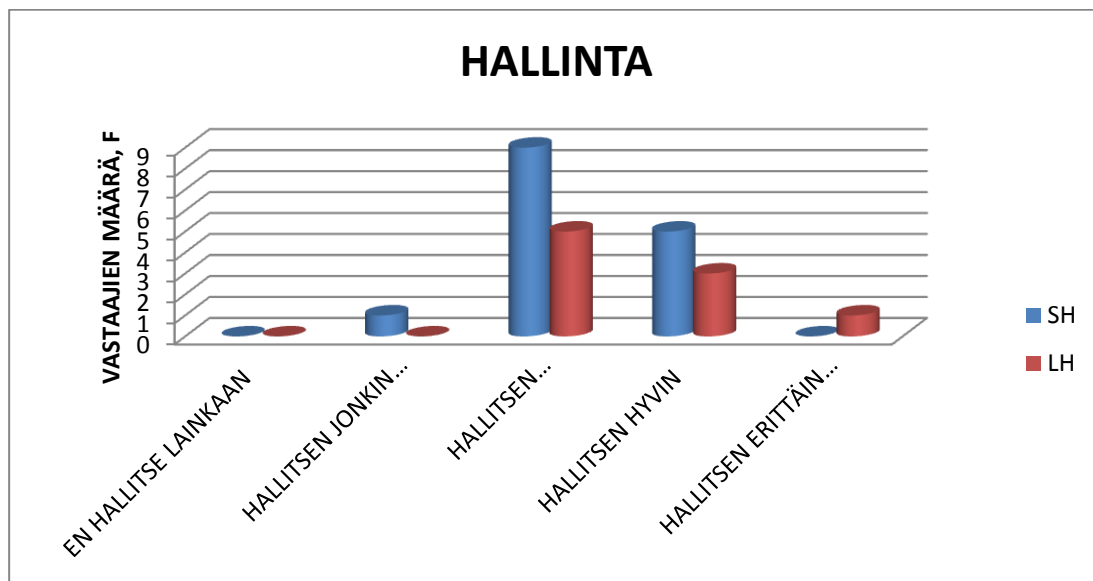


Kuva 10. Perustelut potilaan fyysiseen rajoittamiseen (N= 24)

Hoitajien kokema hallinta fyysisen rajoittamisen tilanteissa

Vastaajat jakautuivat pääasiallisesti kahteen ryhmään. Vastaajista 9 sairaanhoitajista koki kohtalaisesti hallitsevansa potilaan rajoittamisen koskevat tilanteet, vastaavat luvut lähi-/perushoitajilla oli 5. Hyvin hallitsevien osuus oli sairaanhoitajien kohdalla 5 vastaajaa ja vastaavasti luvut lähi-/perushoitajilla oli 3 24 vastaajasta. Kukaan vastaajista ei kokenut hallitsevansa lainkaan fyysisen rajoittamisen tilanteita

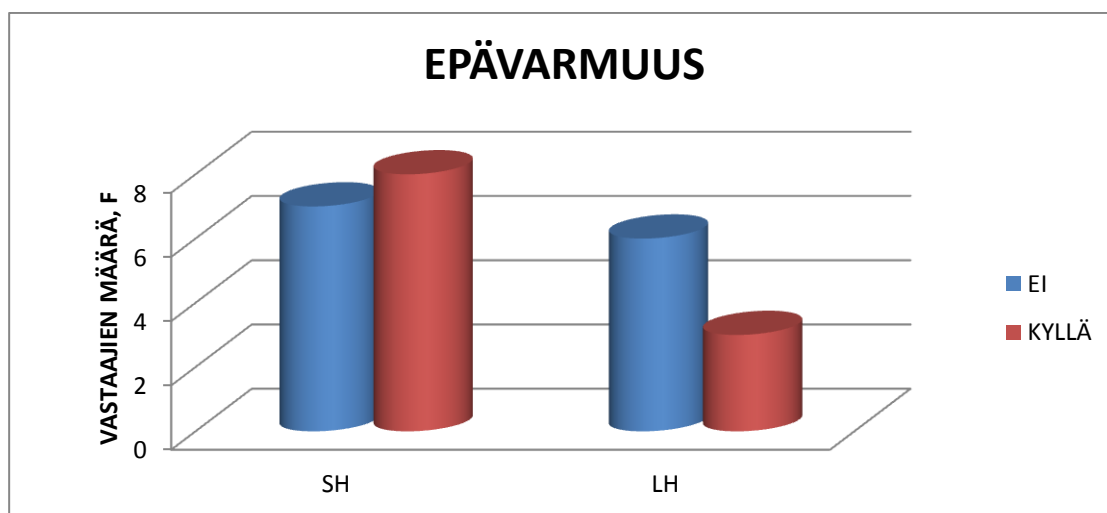
hoitotyössä. Vastaajista yksi koki hallitsevansa jonkin verran ja toinen hallitsevan erittäin hyvin potilaan rajoittamista työssään. (Kuva 11.)



Kuva 11. Vastaajien kokema hallinta rajoittamistilanteissa (N= 24)

Epävarmuus potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa

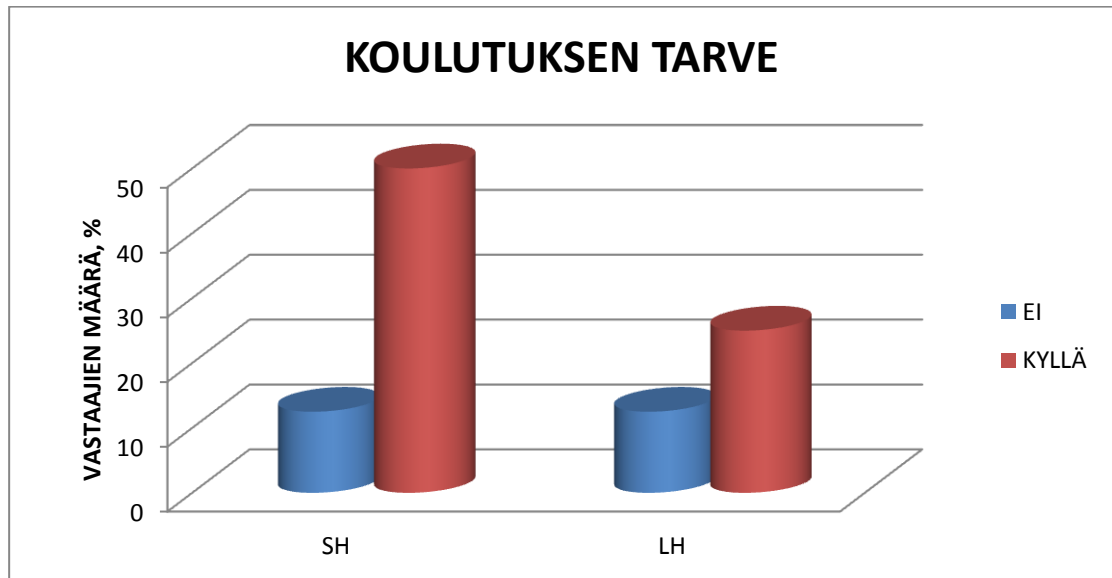
Hoitajat kokivat olevansa 46 prosenttia (n= 11) epävarmoja potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa hoitotyössä. Sairaanhoitajista 8 ja lähi-/ perushoitajista 3 koki olevansa epävarmoja tilanteessa. Lähi-/ perushoitajista 6 ei kokenut epävarmuutta rajoittamistilanteissa. Sairaanhoitajista 7 koki olevansa varmoja tilanteessa. (Kuva 12.)



Kuva 12. Vastaajien kokema epävarmuus rajoittamistilanteissa (N= 24)

Koulutuksen tarpeellisuus

Vastaajista enemmistö 75 prosenttia koki tarvitsevansa lisää tietoa ja koulutusta aiheesta. Sairaanhoitajista 50 prosenttia (n= 12) ja lähi-/ perushoitajista 25 prosenttia (n= 6) kokivat koulutuksen tarpeellisuuden. Osa vastaajista kuitenkin koki, ettei ole tarvetta koulutukselle, sairaanhoitajien osuus oli 12,5 prosenttia (n= 3) ja lähi-/ perushoitajien osuus oli 12,5 prosenttia (n= 3). (Kuva 13.)



Kuva 13. Vastaajien kokema koulutuksen tarve (N= 24)

Kartoittavan kyselylomakkeessa oli mahdollisuus tuoda oma mielipide ja kertoa omin sanoin. Vastauksissa nousevia ajatuksia koulutuksen tarpeellisuudesta ja sen sisällöstä olivat muun muassa:

”Uusien näkökantojen saaminen”

”Koulutus ei ole koskaan pahasta. Aina voi oppia uutta.”

”Pakko rajoittaa, mutta siihen ei selviä ohjeita!”

”Mitä laki sanoo?”

”Onko ainoa keino? Mitkä ovat ne keinot ja vaihtoehdot rajoittamiselle?”

”Potilaan oikeudet rajoittamistilanteissa? Mikä on parhaaksi potilaalle?”

”Osatakseni tehdä hyvin hoitotyötä”

Lähtötilanteen kartoittavassa kyselyssä lisäksi pyydettiin kertomaan omin sanoin oma mielipide siitä, minkälaisia fyysisen rajoittamisen tilanteita hoitohenkilökunta on kohdannut työssään vuodeosastoilla, missä kohtaa he ovat rajoittaneet potilasta ja millä tavalla. Esiin nousivat seuraavanlaiset tilanteet; yhtenä isona ongelmana pidettiin potilaan sekavuutta, adressivisuutta sekä levottomuutta, jotka saattoivat johtua potilaan sairaudesta tai tilasta, joita olivat esimerkiksi muistisairaus tai delirium. Esille nousi myös esille potilaan karkailu tai se, että hän häiritsee muita sekä on vaaraksi itselle tai toisille. Vähäisempänä oli toimintakyvyn aleneminen tai jalkojen kantamattomuus sekä hoitohenkilökunnan riittämättömyys. Keinoja joita käytettiin, olivat huoneen oven lukitseminen eri keinoin, potilaan laittaminen geriatriseen tuoliin vyöllä pöytälevyn kanssa tai ilman sekä vuoteenlaidat ylösnostettuna:

”Potilas oli vaaraksi muille, oli aggressiivinen ja arvaamaton. Suljettiin se huoneeseen yöksi, kun ei voi alvariinsa vahtia.”

”Muistamaton ja levoton, jonka ovi laitettiin yöksi kiinni, koska meni muiden potilaiden huoneisiin, muut potilaat pelkäsivät kova äänistä kulkijaa.”

”Muistamaton lähdössä koko ajan osastolta pois tai menee toisten potilaiden huoneisiin eikä rauhoitu mitenkään.”

”Potilaalla tasapainovaikeuksia, joka pyrkii jatkuvasti yöaikaa nousemaan ylös vuoteesta.”

”Yöllä pakko laittaa huoneen ovia kiinni, ettei potilas häiritse ja herätä toisia potilaita käytöksellään.”

”Potilaan häiritsevä käytös yöaikaan, menee muiden huoneisiin. Potilas laitettu huoneeseen, ovi sidottu kiinni lakanalla.”

”Muistisairaiden karkailu, varsinkin talvipakkasaikaan. Potilas laitettu g-tuoliin vöillä kiinni ja pöytälevy eteen.”

”Potilaan liikuntakyvyn huononeminen, jalat eivät kannu, nostettu laudat ylös”

Vastaajista 63 prosenttia rajoitti potilasta päivittäin. Sairaanhoidajien osuus oli 33 prosenttia sekä lähi-/ perushoitajien osuus 30 prosenttia. Vastaajista kaikki olivat käyttäneet fyysisen rajoittamisen eri muotoja. Lähes kaikki käyttivät fyysisen rajoittamisen muotona ylösnostettuja laitoja, geriatria tuolia pöytälevyn kanssa, ja pyörätuolia vyö kiinnityksellä. Suurin osa oli käyttänyt magneettivyötä, turvaliiviä sekä huoneen oven lukitsemista potilaan rajoittamisen muotona. Vähemmän käytettyjä oli tavallinen tuoli vyökiinnityksellä tai jokin muu keino muun muassa käden sitominen vuoteen laitaan kiinni. Suurin osa vastaajista perusteli fyysisen rajoittamisen käyttöä sillä, että potilas oli vaaraksi itselle tai toiselle, sekä potilaan turvallisuuden takaamisella. Yli puolet perusteli päätöstään rajoittaa fyysisesti potilaan häiritessään toisia potilaita. Lähes puolet perusteli päätöstään potilaan sekavuudella, aggressiivisuudella sekä levottomuudella muun muassa sairaudesta johtuvalla muutoksella. Yksi kolmasosa perusteli päätöstään rajoittaa potilasta hoitohenkilökunnan vähyydellä. Vähemmän perusteluksi nousi omaisten pyynnöstä tai rajoittamisen rutiininomaisuus. Vastaajista vain yksi perusti päätöksen lakiin pohjautuen.

Vastaajista yli puolet koki kohtalaisesti hallitsevansa potilaan rajoittamista koskevat tilanteet sekä yksi kolmasosa hallitsi hyvin. Toisaalta lähes kaikki koki epävarmuutta rajoittaessaan potilasta fyysisesti. Vastaajista enemmistö koki tarvitsevänsä lisää tietoa ja koulutusta aiheesta. Kyselyn tuloksen mukaan koulutuksen järjestäminen on tarpeellinen ja hyödyllinen ja palvelee tämän työn tarvetta ja tarkoitusta.

10 KOULUTUKSEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI

10.1 Suunnittelu

Koska eri ihmisten tiedon taso vaihtelee potilaan fyysisestä rajoittamisesta ja sen tietämyksestä, tehtiin kartoittava kyselylomake (liite 3.), jonka avulla saataisiin täsmällistä tietoa vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietämyksestä. Näin ollen

kyselylomakkeiden vastausten perusteella koulutuksen sisällön suunnittelu oli helpompaa.

Koulutuksen pohjana käytetään koulutussuunnitelmaa, joka on parhaimmillaan kattava jäsennys tuoden esille koulutuksen ydinasiat. Sen kulmakivenä on pidetty lainalaisuuksia, joilla pyritään antamaan säännöt, joita opetuksen tulisi mukailla, jotta oppiminen tapahtuisi tehokkaasti ja hyödyllisesti. Sen tehtävän on auttaa koulutukselle asetetut tavoitteet ja reunaehdot. Koulutussuunnitelman tehtävä on saada vastaukset mitä, miksi ja ketä koulutetaan ja lisäksi kuka ja miten koulutetaan, koulutusympäristö ja koulutuksen ajankohta ja markkinointi sekä budjetti. Tarkoin tehty koulutussuunnitelma on hallintaa, jonka tarkoituksena oppimiseen vaikuttaminen. (OK-opintokeskus 2010; Huotari 2007, 263 - 264.) Suunnittelulla pyritään koulutuksen selkeyteen ja sen on herätettävä arvostusta ja oltava vakuuttava (Huotari 2007, 266). Koulutuksen suunnittelun tulisi tapahtua kiinteässä yhteistyössä työelämäedustajan kanssa. Tällä tavoin työelämän tarpeet tulisi huomioitu ja näin koulutus vastaisi ja suuntautuisi paremmin työyhteisön tarpeisiin. (Hilden 2002, 44.)

Suunnittelun laatimisen lähtökohtana kannattaa pitää työyhteisön tarpeet koulutukselle, jotta osataan hyödyntää, kuin sitä uudet toimintatavat vaativat. Vanhat toimintatavat koetaan usein aluksi helpoimmaksi ja turvalliseksi uuden sijasta. Suunnittelu takaa tukevamman pohjan onnistuneelle toteutukselle. Ensisijainen asia on työyhteisön tarpeiden miettiminen ja visio siitä, mihin suuntaan työyhteisöä halutaan viedä esimerkiksi koulutuksen avulla. Kehittäjällä tai kouluttajalla täytyy olla selvä visio siitä, mitä tavoitteita halutaan saavuttaa, ja vasta sen jälkeen aletaan miettiä, miten tutkittua tietoa voidaan hyödyntää tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvin tehdyn suunnitelman avulla voidaan edetä kehityksessä järjestelmällisesti ja havaita ajoissa mahdollisia tulevia ongelmia. Suunnitelmaa tehdessä on syytä ennakoida, siten välttää monesti turhilta hätäratkaisuilta, jotka eivät välttämättä pitkässä juoksussa palvele työyhteisöä kokonaisuuden kannalta, kuten oli tarkoituksena. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös koulutettavan senhetkisen tieto taitotason. (Huotari 2007, 268; OK-Opintokeskus 2010; TIEKE 2004.)

Suunnitteluvaiheessa tein yhteistyötä työelämäedustajan osastohoitaja Riitta Karjalaisen ja ohjaavan opettajan Mirja Nurmen kanssa. Valitsin työhön liittyvää aineistoa sekä laadin aikataulun tehtävän tekemiseen. Laadin myös tavoitteet työlle.

Suunnitelmaa tehdessäni rajasin työn mahdollisimman tarkasti, jotta työ pysyisi sille asetetuissa mittasuhteissa. Aiheen rajausta suunnittelin siten, että se palvelisi vuodeosastojen hoitohenkilökuntaa.

Tämän kehittämistyön ideana on suunnitella, toteuttaa ja järjestää keväällä huhtikuussa 2012 koulutus, jonka materiaali esitetään luentona Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Peruspalvelukeskus Aavan alueelle toimivalle terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle potilaan fyysisestä rajoittamisesta päivittäisessä hoitotyössä.

Lähtökohtana koulutukselle on aina työyhteisön tarpeet. Tarpeiden selvittämiseksi täytyy olla tutkittua ja syvällistä tietoa jo käytössä olevista ratkaisuista työyhteisössä. On myös ymmärrettävä täysin työyhteisön päivittäiset rutiinit ja niihin käytettävä työpanos. Tältä pohjalta voidaan alkaa miettiä mahdollisia alueita, joille voitaisiin tuoda suoranaista hyötyä työyhteisölle. Onnistuminen vaatii myös opittujen toimintatapojen uudistamista, uuden oppimista sekä toimintaprosessien kehittämistä. (TIEKE 2004.)

Tässä opinnäytetyössä koulutuksen suunnittelun perustana on työelämästä, sekä aiemmasta tutkitusta saatu käsitys siitä, että koulutuksen tarpeellisuudesta. Jotta kehitysprosessi palvelisi ja hyödyttäisi juuri vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tarpeita, päätettiin järjestää koulutuksen sisällöstä pieni muotoisen kartoittavan kyselyn hoitohenkilökunnalle maaliskuun vaihteessa 2012. Tätä ennen kuitenkin tutkimusluvan hakeminen ennen kartoittavan kyselyn viemistä osastoille, joka on maaliskuussa 2012. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa lähtötilanne ja tämän perusteella suunnitellaan koulutuksen sisältö. Kartoitus suoritetaan kyselylomakkeen avulla, koska haluttiin mahdollisimman monen hoitohenkilökunnan mielipide. Kyselyn tulosten, työelämän edustajan toivomusten ja tutkitun tiedon pohjalta koulutustilaisuuden materiaali kootaan järjestettävään koulutukseen. Tarkoituksena on koulutuksen järjestäminen huhtikuussa 2012, jossa käsitellään myös kartoittavan kyselyn saadut tulokset. Kartoittavassa kyselyssä kartoitetaan hoitohenkilökunnan taustatekijät ja kartoitetaan potilaan rajoittamista koskevia tilanteista tietoa. Suurten vastausmäärien saaminen muilla menetelmillä on vaikeaa, koska suurin osa hoitohenkilökunnasta tekee kolmivuorotyö ja näin ollen he ovat työvuoroissa eri vuorokauden aikoina.

Koulutuksen aihekartoituksen jälkeen alkaa lopullisen oppimateriaalin suunnittelun toimintapäivään. Koulutuksen tarkoituksena on käydä läpi tämän hetkiset lait ja säädökset, mitä tarkoittaa rajoittamien, fyysinen rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus ja mitä se fyysinen rajoittaminen tarkoittaa käytännön hoitotyössä. Koulutuksen sisältö perustuu ja rakennettu tutkittuun tietoon. Tuotin oppimateriaalin jokaiseen aiheeseen siitä lähtökohdasta, että se toimisi oppimistilanteessa oppimisen tukena ja jälkeenpäin muistin tukena. Koulutukseen vaikutti kartoittavan kyselyn tulokset sisällön valintaan, materiaali on osaltaan kerätty hoitohenkilökunnalle saamasta kartoittava kyselyn tuloksista. Esityksen tavoitteena on välittää ja tuoda uutta tietoa hoitohenkilöstölle potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Kehittämistehtävän avulla olisi luontevaa syventää tietoa potilaan fyysisestä rajoittamisesta ja tarkastella tämä esimerkiksi lakien ja potilaan itsemääräämisen kannalta. Koulutukseen hain aiheeseen liittyvää teoretista aikaisemmista tutkimuksista, eri määritelmät, lain vaikutus, rajoittamisen syyt, yleisyys ja miten fyysistä rajoittamista voidaan potilaan hoitotyössä välttää. Koulutuksen materiaali on tarkoituksena hyväksyttävä työelämän edustaja Riitta Karjalaisella ja ohjaavalla opettajalla Mirja Nurmella, jonka jälkeen tehdään mahdolliset muutokset esitykseen.

Tämän hetkissä tutkimuksissa potilaan rajoittamista tuodaan esille, että hoitajien epätietoisuus mihin he perustavan potilaan rajoittamisen. Tutkimuksen mukaan eniten rajoittamista tapahtui terveystieteiden vuodeosastoilla. Lisäksi tuotiin esille koulutuksen vaikutusta vähentämällä potilaan rajoittamista. Hoitohenkilökunnan kouluttamattomuus ja vähyys ovat syitä potilaan rajoittamiseen. Henkilöstön määrä ja osaaminen ovat hoitotyön laadun ja turvallisuuden perustekijöitä. Koulutuksen sisältö perustuu ja rakentuu tutkitun teoretisen pohjalta. Koulutukseen valittiin seuraavat aiheet lait ja asetukset, potilaan itsemääräämisoikeus, potilaan rajoittamisen eri muodot ja niiden määritykset ja lisäksi fyysiseen rajoittamiseen vaikuttavat tekijät, syyt, yleisyys, vaarat, hoitajien toimintatapa rajoittamistilanteessa, fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena on käydä läpi Päijät-Hämeen ohjeet ja tämän jälkeen käydään läpi osastolla oleva suojatoimenpiteen aikana käytettävää arviointilomaketta. Lomakkeen kohdalla käydään läpi siihen täytettävät kohdat ja kirjaamisen oikeellisuus, lomakkeen täyttäminen ja kirjaamisen tärkeys. Lisäksi koulutuksessa tuodaan esille ja käsitellään kartoittavasta kyselystä saadut tulokset. Tavoitteena on tuottaa oppimateriaalin jokaiseen aiheeseen siitä

lähtökohdasta, että se toimisi oppimistilanteessa oppimisen tukena ja jälkeenpäin muistin tukena.

Koulutus on tarkoitus toteuttaa kertaluonteisena koulutustilaisuutena vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Koulutus järjestettäisiin terveyskeskuksen koulutustilassa, mikä on tiloiltaan riittävä iso tilaisuuden järjestämiseen. Tarkoituksena on varata tuo tila etukäteen osastosihteeriltä ja varmistaa koneiden toiminta etukäteen, näin voin ennalta varautua mahdollisiin yllätyksiin. Etukäteen tutustuminen tuo varmuutta koulutuspäivään itselle esiintyjänä ja esityksen kulku sujuu mahdollisesti jouhevasti. Koulutuksen kohderyhmä koostuu kahden osaston hoitohenkilökunnasta. Koulutus on tarkoitettu vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle joiden ammattinimikkeet ovat osastonhoitaja, sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Koulutukseen osallistujilla toisilla on vuosikymmenten työkokemus ja toisilla sitten vähemmän.

Aikuisoppijana oppiminen merkittävä haaste on vanhasta ”pois oppiminen ” elo muutos aikaisempaan työtapaan. Totutut tavat voivat muodostua oppimisen suurimmaksi esteeksi, mutta tiedostettuina ne ovat pois opittavia ja muutettavia. (Ruohotie 2000, 193 - 197.) Koulutettavat ovat kaikki aikuisia sekä työelämässä työskenteleviä mikä asettaa haasteen koulutuksen suunnittelulle. Koulutuksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon heidän aikaisemmat oppinsa potilaan rajoittamisessa. Toisaalta taas aikuinen oppija on yleensä motivoitunut ja halukas oppimaan, mikä helpottaa koulutuksen järjestämistä ja siihen osallistumista. (Peltonen 2004, 69.)

Koulutuksen suunnitteluvaiheessa tulee kiinnittää huomioita, miten koulutettavien oppimismotivaatioita saadaan pidettyä yllä. Koulutukseen valmistautumisessa tulee koulutettavan saada motivoitua edessä olevaan oppimistapahtumaan. (Ruohotie 2000, 107, 124.) Suunnitelmassa oli tarkoitus tehdä ennakkoilmoitus ilmoitustaululle, missä kerrotaan koulutuksen tiedot; milloin ja missä koulutus järjestetään ja sisältö pääpiirteittäin. Näin ollen tarkoituksena motivoida ja muistuttaa hoitohenkilökuntaa tulevasta koulutuksesta. Koulutuksessa on tarkoitus motivoida kuuntelijoita ottamalla mukaan heitä keskusteluun mahdollisuuksien mukaan.

Koulutus järjestetään iltapäivällä arkipäivänä, näin ollen varmistetaan mahdollisimman suuren osallistuminen koulutukseen. Tuolloin on paikalla aamu- ja iltavuorolaiset. Työelämän edustajan Riitta Karjalaisen kanssa yhdessä sovittiin

koulutuspäivä etukäteen, joka asettuu huhtikuussa. Aikatauluja suunnitellessa tavoitteena on saada mahdollisimman suuri määrä osallistujia mukaan koulutukseen. Näin varmistetaan mahdollisimman monen pääsy koulutukseen. Näin osastohoitaja voi työvuoroja tehdessä huomioida mahdollisimman monen pääsyn koulutukseen esimerkiksi muokkaamalla koulutuspäivän työvuoroja. Koulutuksen ajankohdasta tiedotetaan suullisesti että kirjallisesti osastojen ilmoitustaululla heti koulutuspäivän varmistuttua. Tiedotteessa kerrotaan koulutuksen sisältö, aika ja paikka (liite 5.). Koulutukseen ei tarvitse ilmoittautua etukäteen, vaan sinne sai tulla kaikki osastojen hoitohenkilökunta ketkä sillä hetkellä voivat irrottautua työstään. Koulutukseen tarvittavat välineet, jotka mahdollistavat esitykseen ovat jo kyseissä koulutustilassa. Muut tarvittavat mahdolliset välineet ja tarvikkeet toimitan itse henkilökohtaisesti paikalle.

Koulutusmateriaalin suunnittelussa tulee huomioida kohderyhmä, koulutuksen tavoite ja materiaalin havainnollisuus sekä sen ymmärrettävyys. Koulutuksen käytettävässä materiaalissa tulee huomioida aineiston kiinnostavuus ja mielenkiintoisuus, materiaalin tulee kannustaa hakemaan oppijaa lisää tietoa. Koko koulutusmateriaalia ei tarvitse olla ennalta valmistettu, vaan voidaan ottaa mukaan oppijat ketkä voivat tuottaa materiaalia koulutukseen. Koulutusmateriaali voi esimerkiksi olla monisteet, PowerPoint- esitys, ääniluennot ja opetusvideot. (OK-opintokeskus 2010.) Esitystä on tarkoitus havainnollistaa kuvin ja potilasesimerkein. Osa kuvista on tarkoitus ottaa itse. Näissä kuvissa kuvataan potilasta vuodeosastolla eri fyysisen rajoittamisen muotoa käyttäen. Potilaana käytetään hoitohenkilökuntaa. Kuvien ottoon tarvittavat luvat kysytään osastonhoitaja Riita Karjalaiselta ja kuvattavalta itse. Materiaalin suunnittelussa tulee huomioida resurssit ja määritelty oleva koulutuksen kesto. Koulutukseen varattua aika on kello 14:00- 15:30 eli yhteensä 1 tunti ja 30 minuuttia.

Valmistelun tärkeys tulee esille Rogersin (2004) mukaan jo ensi tapaamishetkestä lähtien, silloin luodaan ensivaikutelma, jolloin joko kasvatetaan tai nujerretaan oppijan motivaatio. Koulutussuunnitelman teko, joka koskee ennakkovalmisteluja, koulutuksen aikana ja koulutuksen jälkeen kannattaa laatia. Tähän kuuluu tutustumalla ja perehtymällä ennakkoon mahdollisimman tarkkaan kohderyhmään, ottamalla selvää millaisia yksilöitä työyhteisössä on, sekä heidän odotuksiin ja toiveisiin. (Rogers 2004, 126 - 128.) Valmisteluihin kuuluu huolehtimalla käytännön järjestelyistä täsmällisesti ja tarkasti, näin voidaan ennakkoon ehkäistä ongelmia ja vastata

mahdollisiin tuleviin ongelmiin. Tässä työssä ennakkovalmisteluihin kuuluu järjestää ja hankkia tila, joka on tarkoituksenmukainen ja sopiva koulutustilaisuuteen ja hoitaa ja tarkistaa ja varmistaa tilavaraus sitä hoitavalta henkilöltä. Lisäksi tulee varmistaa tietokoneiden toimivuudesta ja materiaalin näkyvyydestä koulutustilassa. Ennakkovalmisteluihin kuluu myös henkilökunnan informointi tilaisuudesta. (Rogers 2004, 130 - 131.) Koulutuksesta informoidaan suullisesti, että tehtävällä kirjallisella ilmoituksella. Ilmoitus on tarkoitus laittaa osastojen ilmoitustaululle. Oikean opetusmenetelmään valintaan vaikuttavat monet eri asiat esimerkiksi opetuksen tavoitteet, ryhmän koko, aika joka on käytettävissä, fyysiset mahdollisuudet eri menetelmien käyttöön, kouluttajan valmiudet ja opetusprosessin optimoiminen. (Peltonen 2004, 131.)

Koulutuksen järjestämisessä tulee huomioida eri koulutusmuodot, miten eri koulutusmuodot hyödyttäisivät työyhteisöä ja mikä olisi sopivin muoto. Koulutuksen eri muotoja on luento, case- harjoitukset, simulaatio ja pienryhmäkoulutus. Koulutuksen avulla hankittu ja tuotettu tieto työyhteisölle on tärkeää, koska ihminen oppii 80 prosenttia kokemastaan, viisitoista prosenttia kuulemastaan ja kymmenen prosenttia lukemastaan. Parhaiten tämä onnistuu vuorovaikutuksessa toisiin, sekä tietoa joka perustuu aikaisempaan tietoon ja mahdollisuus soveltaa käytännön työhön. Oppiminen nopeutuu, jos uuden tiedon voi yhdistää ja liittää jo olemassa olevaan tietoon, näin uutta tietoa rakennetaan entisen päälle. (Ojala 2008, 68 - 69.)

Koulutuksissa opetusmenetelmänä eniten käytetty on luento, jolla tarkoitetaan esittävään opetusta. Luennointi tarkoittaa opettavien asioiden puhuttua tai havainnollistettua esittämistä koulutettaville. Menetelmänä se soveltuu parhaiten tiedon jakamiseen, asioiden kuvaamiseen sekä erilaisten näkemysten esittämiseen. (Lepistö 2000, 31 - 33.) Yleisin käytettävä havainnollistamiskeino on puheen maustaminen persoonallisella tyylillä, joka tuo tehokkuutta esitykseen. Luennon tueksi tulee käyttää opetusta koskevaa aineistoa, varsinkin hankalien ja uusien asioiden hahmottaminen, ymmärtäminen ja sisäistäminen ovat vaikeaa pelkän puheen perusteella. Esitykseen ja opetukseen tulisi sisällyttää erilaisia havainnollistamistapoja, joita ovat esimerkiksi kuvat, kalvot, videot ja tietotekniikka-avusteine materiaali. (Peltonen 2004, 101; Meisalo, Sutinen & Tarhio 2000, 23.)

Koulutuksen arvioinnin onnistumista, tarpeellisuudesta ja hyödyllisyyttä on tarkoitus kartoittaa palautelomakkeella. Kysymyksillä pyritään kartoittamaan esimerkiksi koulutusmateriaalia, koulutuksen tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä ja kuinka koulutustilaisuus kokonaisuudessa onnistui. Koulutuksen arviointi tullaan suorittamaan strukturoidulla kyselylomakkeella, missä kysytään vastaajan mielipidettä. Lomakkeessa on viisi strukturoitua kysymystä, missä annetaan valmiiksi annetut viisi eri vastaus vaihto- ehtoa. Näin niihin vastaaminen on nopeaa ja helppoa. Lisäksi yksi avoin kysymys, jossa vastaaja saa tuoda omin sanoin koulutuksen hyviä ja huonoja puolia. Kyselymenetelmä on hyvä vaihto- ehto koulutuksen arviointimenetelmäksi, koska vastaamiseen on varattu rajallinen aika ja näin ollen vastaaminen tulee tapahtua melko nopeasti. (Heikkilä 2010, 50. 51.)

Palautelomakkeen jako on tarkoitus tapahtua koulutuksen alussa ja lomakkeen palautus tapahtuu koulutuksen lopussa ennen huoneesta poistumista suljettuun palautelaatikkoon. Palautelomakkeeseen vastaaminen on vapaa-ehtoista ja siihen vastaaminen tapahtuu nimettömänä, jolloin vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa.

Sisältö on tarkoitus analysoida koulutuksen jälkeen ja tehdä niistä yhteenveto. Koulutukseen osallistujien palauttamat ja saamat vastaukset syötetään Microsoft Office Excel taulukko- ohjelmaan. Tulokset raportoidaan pylväin, kaavioin ja taulukoin. Tulokset julkistetaan valmiissa opinnäytetyössä ja lisäksi tulosten yhteenveto raportoidaan työn tilaajalle työntilaaajalle osastohoitaja Riitta Karjalaiselle.

10.2 Toteutus

Alkuperäisenä suunnitelmana oli tarkoitus järjestää tilaisuus terveyskeskuksen isossa neuvotteluhuoneessa 17.4.2012, mutta sen ollessa varattu muuhun koulutustilaisuuteen, tein uusia tehtäväjärjestelyjä. Uutena suunnitelmana varasin atk-koulutustilan ajoissa, näin varmistin koulutuksen onnistuvuuden. Koulutuksen päivämääräksi muuttui 18.4.2012., kellonaika pysyi samana 14- 15:30. Koulutuksen tilojen käytön luvallisuuden kysyin vuodeosastopalvelujen päälliköltä Jouni Sakomaalta, sekä osastonhoitaja Riitta Karjalaiselta, jotka molemmat antoivat suostumuksen koulutuksen järjestämisen.

Koulutuksen esitys koekäytettiin ja kokeiltiin sen toimivuutta muutama päivä ennen varsinaista esittämistä. Läsä oli työelämänedustaja, minkä oli mahdollista vielä kommentoida ja tarvittaessa tehdä muutoksia tai lisäyksiä. Hän hyväksyi koulutuksen

materiaalin siinä esitetyssä muodossa. Koulutus oli tarkoitus esittää tietokoneen ja videoprojektorin välityksellä. Heti alkuun huomasin, että työpaikalla olevilla tietokoneilla ei voi näyttää esitystä, koska koneessa ei ole samoja tekstinkäsittelyohjelmia, jolle esitys oli tehty. Tämä ongelma oli sinänsä jo tiedossa, joten olin varautunut tähän ja ottanut oman kannettavan tietokoneen mukaan. Kannettavan tietokoneen ja videoprojektorin toimivuus testattiin onnistuneesti.

Koulutustilaisuus pidettiin keskiviikkona 18.4.2012 kello 14.00- 15.30 terveyskeskuksen atk-koulutustiloissa. Näin hoitohenkilökunta saattoi keskittyä rauhassa koulutukseen, ilman mitään häiriötekijöitä. Tila missä koulutus järjestettiin, oli varattu etukäteen, näin varmistamme koulutuksen onnistumisen. Tilaisuuteen ei tarvinnut ilmoittautua etukäteen. Koulutuksen vetäjänä saavuin paikalle hyvissä ajoin järjestelemään ja tekemään viimeiset järjestelyt ja kokeilemaan koneiden toimivuuden. Koulutukseen osallistui yhteensä 9 henkeä, joista yksi oli työelämän edustaja ja loput olivat sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Koulutuksesta oli informoitu suullisesti sekä kutsulla, joka oli osastojen ilmoitustaululla kaikkien luettavana (liite 5). Koulutuksen järjestettävän tilan ovesta, laitoin monistetun opastuksen, missä olivat tiedot koulutuksesta.

Microsoft PowerPoint esityksessä materiaalin käytettyihin kuviin (liite 6), joihin kysyttiin lupa osastohoitaja Riitta Karjalaiselta kuvien ottoon vuodeosastolla sekä kuvassa olevalta hoitajalta kysyttiin lupa kuvan esittämiseen koulutuksessa ja niiden julkaiseminen valmiissa opinnäytetyössä.

Kaikkien osallistujien saavuttua paikalle, aloitettiin koulutuksen pitäminen. Koulutus alkoi opinnäytetyöntekijän esittäytymisellä ja tervetuloivotuksella, ja samalla hän kertoi koulutuksen sisällöstä ja koulutuksen etenemisestä. Koulutustilaisuudessa alussa ohjeistettiin ja jaettiin palautelomake, jonka avulla on helpompi arvioida tilaisuuden sujumista sekä onnistumista. Palautelomakkeessa (liite 7) oli väittämiä 1 - 5, joihin vastaaja voi ympyröidä täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä -väittämien välillä sekä yhteen avoimeen kysymykseen kirjoittaa oman mielipiteen koulutuksen sujumisesta ruusuina ja risuina.

Koulutustilaisuus muodostui pääasiallisesti luentotyyppisen opetuksen pohjalta. Luennointia pidetään yhtenä käytetyimmistä opetusmenetelmistä. Luennointi on erityisesti silloin hyvä opetusmuoto, kun opettajia on vähän ja osallistujia paljon.

(Rekola & Hakala 2008, 601.) Koulutuspäivää valmistellessa ei ollut tiedossa tarkkaa osallistujien määrää, minkä vuoksi luento- opetus valittiin koulutuspäivän pääsääntöiseksi opetusmuodoksi. Luento-opetuksen avulla olisi voitu hallita ja opettaa hyvinkin suurta ryhmää.

Luennoilla tulisi pyrkiä havainnoimaan opetettavaa asiaa ja olla vuorovaikutuksessa osallistujien kanssa (Rekola & Hakala 2008, 601). Luentojen aikana käytiin ajoittain vapaata keskustelua aiheesta ja omista kokemuksista, mikä mahdollisti opettavan asian konkretisointia ja lisäsi koulutuksen mielekkyyttä (Rekola & Hakala 2008, 596 - 604). Näin koulutuksessa olevat paikallaolijat pystyisivät seuraamaan koulutuksen kulkua. Asiat on suunniteltu esitettäväksi selkeän lyhyesti ja tarkasti. Asioiden selkeyttämistä ja ymmärtämistä varten koulutuksessa käytettiin kaavioita ja kuvioita.

Koulutuksen aihealueet muodostuivat teoreettisen viitekehityksen ja kartoittavan kyselyn pohjalta. Koulutus eteni suunnittelun aikataulun ja aiheiden mukaisesti (liite 4). Koulutus toteutettiin järjestelmällisesti, ensi teoria kalvolta näyttäen ja tämän jälkeen asia havainnollistettiin käytännön esimerkein. Koulutukseen osallistujilla, oli koko ajan mahdollisuus keskeyttää ja kysyä mihin tahansa asiaan täsmennystä sekä tarkennusta, jos jokin asia jäi epäselväksi.

Koulutuksen alussa oli kuva (liite 6/ 2), jossa tuotiin esille potilaan tuntemuksia, mitä nousi aikaisemmista tutkimuksista, miten potilas koki fyysisen rajoittamisen. Näiden kalvojen tarkoituksena oli herättää osallistujien mielenkiinto tulevaan esitykseen ja alustaa tulevaa esitystä. Seuraavaksi esityksessä tuotiin esille kartoittavan kyselyn tulokset, miten kyselyyn vastanneiden taustatiedot jakautuivat, ketkä osallistuivat kyselyyn. Lisäksi käytiin läpi, miten hoitohenkilökunta koki hallitsevansa fyysisen rajoittamisen tilanteet tai toisaalta epävarmuus näissä tilanteissa sekä koulutuksen tarpeellisuus tämän aihepiirin osalta. Tämän jälkeen käsiteltiin fyysisen rajoittamisen eri muotoja, yleisyyttä, perusteluja sekä sitä missä tilanteessa fyysistä rajoittamista käytettiin osastoilla, verraten aikaisempiin tutkimuksiin sekä mitä ja miten ne eroavat kyselyyn vastanneiden kesken.

Koulutuksen teoriaosassa käsiteltiin potilasturvallisuuden sekä potilaan itsemääräämisoikeuden merkitys havainnollistaen potilasesimerkein. Koulutuksessa tuotiin esille rajoittamisen määritelmä ja tarkoitus, sekä mitkä lait säätelevät ja oikeuttavat rajoittamiseen osastoilla. Lisäksi käytiin eri rajoittamisen muodot ja niiden

määritelmät, mitä niillä tarkoitetaan hoitotyössä osastoilla. Tarkemmin käytiin läpi fyysisen rajoittamista, sen määritelmää ja sitä milloin sitä saa käyttää ja kuka päättää siitä, sekä sen alistavat tekijät ja haitat. Työntilaajan toivomuksesta, käytiin erikseen ja tarkennettiin fyysisen rajoittamisen muotoa sängynlaitojen määritelmää potilaan fyysisenä rajoittamiskeinona. Yhtenä osana käytiin läpi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän omaa ohjeistusta (ks. Talja ym. 2009.), dokumentoimista potilasasiakirjoihin sekä vuodeosastoilla käytössä olevat kaavakkeet ja niiden täyttöö (liite 6/21- 6/ 22.). Viimeisenä osuutena käytiin fyysisen rajoittamisen eri vähentämisen keinoja: mitä keinoja on käytettävissä, sekä mitä asioita tulee ottaa huomioon potilasta rajoittaessa fyysisesti, muuan muassa ennakoinnin tärkeys, sekä hoitohenkilökunnan osuus päättäessä rajoittamistilanteissa (liite 6/ 23). Koulutuksen viimeiset minuutit käytettiin asioiden kertaamiseen ja keskusteluun siitä, miten tämän koulutuksen vaikutus näkyisi hoitotyössä osastolla. Koulutukseen käytettiin siihen varattu aika kokonaan.

Esityksen jälkeen kehkeytyi hyvinkin aktiivista keskustelua potilaan rajoittamisesta. Itse aihe herätti kovaakin keskustelua, aiheesta potilaan fyysinen rajoittaminen on eettisesti vaikea asia ja herättää monia tunteita hoitohenkilökunnassa. Koulutuspäivän lopuksi osallistujat antoivat myös kirjallista palautetta. Palautteen avulla pystyttiin arvioimaan opetustaitoja, koulutuksen onnistumista ja tarpeellisuutta (liite 7). Kaikki osallistujat palauttivat lomakkeen suljettuun laatikkoon nimettömänä. Virallisen osuuden jälkeen halukkaat jäivät juomaan iltapäiväkahvit keskustellen aiheesta lisää.

10.3 Arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutus terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle ja samalla vastata työelämän yhteiskumppanin tarpeeseen järjestää työpaikkakoulutus. Toteutusvaihteluiden tuloksia mitattiin palautelomakkeesta saatujen vastausten perusteella. Koulutustilaisuuden arviointi suoritettiin palautelomakkeella, jossa oli strukturoituja kysymyksiä joihin oli annettu valmiit vaihtoehdot sekä yksi avoin kysymys johon vastaaja sai tuoda omin sanoin omia mielipiteitä koulutuksessa mahdolliset hyvät sekä huonot puolet. Palautelomakkeessa arvioitiin koulutuksen tarpeellisuutta, hyödynnettävyyttä sekä uuden tiedon saamista. Koulutukseen osallistui 9 henkeä. Kaikki paikalla olevat

vastasivat kaikkiin kysymyksiin ja palauttivat koulutusta koskevan palautelomakkeen, näin vastausprosentiksi saatiin 100 prosenttia (N= 9).

Koulutus vastasi tarpeisiin ja odotuksiin

Koulutuksesta saadun palautteen mukaan osallistujat yhdeksästä kuusi (n= 6), olivat täysin samaa mieltä kokevansa koulutuksen vastaavan heidän tarpeisiin ja odotuksiin ja vastaajista kaksi (n= 2) oli samaa mieltä sekä 1 vastaajista (n= 1) ei osannut sanoa. (Taulukko 2.)

Koulutus antoi työhön liittyviä uusia ajatuksia/ tietoa

Vastaajista enemmistö (n= 8) oli täysin samaa mieltä, sekä vastaajista yksi (n= 1) oli samaa mieltä kokevansa koulutuksen antavan uutta tietoa tai ajatuksia omaan työhönsä vuodeosastolle hoitotyöhön. Kaikki vastaajista kokivat saavansa uutta tietoa koulutuksen aikana. (Taulukko 2.)

Koulutuksen hyödynnettävyys

Vastaajista seitsemän yhdeksästä (n= 7) oli täysin samaa mieltä ja kaksi (n= 2) samaa mieltä koulutuksen sisällön hyödynnettävyydestä omassa työssä. Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei koulutuksen sisältö hyödyttäisi heitä millään lailla. (Taulukko 2.)

Koulutuksen sisältö sen aiheet ja tarpeellisuus

Vastaajista kuusi yhdeksästä (n= 6) olivat täysin samaa mieltä ja kolme (n= 3) samaa mieltä koulutuksen aiheen sisällöstä ja aiheiden tarpeellisuudesta. Kukaan vastaajista ei kokenut, että koulutuksessa käyneiden läpi turhia tai tarpeettomia aiheita. (Taulukko 2.)

Koulutuksessa käytettävä materiaali tiedon lisääjänä

Vastaajista viisi yhdeksästä (n= 5) olivat täysin samaa mieltä ja lähes puolet (n= 4) samaa mieltä koulutuksen materiaalin välityksellä tuovan tiedon lisääjänä. Ketkään vastaajista eivät kokeneet, ettei koulutuksen materiaali lisännyt ollenkaan heidän tietoutta. Näiden tulosten eroa voidaan ajatella johtuvan syystä, koska vastaajista

suurimmalla osalla on monen vuoden työkokemus hoitoalalta ja vuodeosasto työskentelystä ja näin asia on heille ennestään tuttu ja minkä kanssa he ovat tekemisessä päivittäisessä hoitotyössä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Koulutuksesta saatujen palautelomakkeiden tulokset (N= 9)

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En samaa/ en eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koulutus vastasi tarpeisiisi ja odotuksiisi	6	2	1	0	0
Koulutus antoi työhönne liittyviä uusia ajatuksia/ tietoa	8	1	0	0	0
Koulutuksen sisältö ovat hyödynnettävissä omassa työssänne	7	2	0	0	0
Koulutuksen sisältö (aiheet, tarpeellisuus)	6	3	0	0	0
Koulutuksessa käytettävä materiaali tiedon lisääjänä	5	4	0	0	0

Palautelomakkeen lopussa vastaajilla oli mahdollisuus antaa palautetta sekä kertoa oma mielipide koulutuksesta ruusuina sekä risuina. Hoitajien tuomat palautteet olivat seuraavanlaisia muun muassa:

”Aihe ajankohtainen ja tärkeä”

”Erittäin hyvä aihe kehitettäväksi ja mietittäväksi”

”Aihe hyvä, keskustelua pitää jatkaa osastolla”

”Aiheuttaa varmaan keskustelua”

”Hyvä esitys ja kalvot”

”Esitys hyvä ja selkeä”

”Kiitos hyvästä koulutuksesta”

Yhteenvedona voidaan ajatella koulutuksen onnistuvan, kun vertaamme lähtötilanteeseen, jossa hoitohenkilökunta koki seitsemänkymmentäviisi prosenttia koulutuksen tarpeellisuuden ja kun verrataan palautteeseen saamiin tuloksiin (Taulukko 2.), jossa suurin osa hoitohenkilökuntaa koki saavansa uutta tietoa ja tiedon lisääntyneen. Palautteen antoi kaikki koulutukseen osallistujat. Osallistujilta saama palaute koulutuksesta oli pääsääntöisesti positiivista, oppimista edistävää ja asiaa pidettiin tärkeänä. Lisäksi osallistujilta kerätystä palautteesta ilmeni koulutuspäivän kerranseen, syventäneen ja rohkaisee toimimaan potilaan rajoittamisen tilanteissa. Heidän mielestään tilaisuus oli selkeä ja hyvin järjestetty ja ajatuksia herättävä. Työelämän edustajalta saadun palautteen mukaan koulutuksessa päästiin hänen asettamiin tavoitteisiin. Hänen mielestään koulutuksessa tuli hänen toivomansa asiat esille. Koulutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat, tarkka ennakoitu suunnitelma, perehtyminen esitettävään aineistoon ennalta sekä esityksen harjoittelu. Kokonaisuudessaan päivän järjestely ja toteutus onnistuivat hyvin. Tavoitteet vastasivat koulutuspäivän sisältöä ja tarkoitusta.

Ainoastaan pieni osallistujien määrän suhteessa jäädessä alle puoleen, kokonaismäärästä jäi tarkoituksen saavuttaminen heikommalle. Koulutukseen kutsuttiin kaikki osastojen hoitohenkilökunta, joista osallistui 9 henkilöä. Koulutuksen osallistujien määrän tiedettiin jo etukäteen olevan pienempi kuin koko henkilökunnan määrä. Koulutuksen osallistuneiden vähäisen määrän syynä voidaan pitää hoitohenkilökunnan vaikeudesta irrottautua potilastyöstä, äkilliset sairaslomat sekä hoitajien samanaikaiset vuosilomat. Lisäksi tekijöinä voivat olla taustalla esimerkiksi huono ajankohta tai kutsukirjeen houkuttelemattomuus vastaanottajan näkökannalta tai aiheen kiinnostamattomuus.

11 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Luotettavuus on keskeinen kysymys tutkimusta tehdessä. Luotettavuutta tarkasteltiin aineiston keruun, kyselyjen, koulutuksen sekä tuloksen suhteen. Työn arvioitaessa kiinnitettiin huomioita työn pätevyyteen eli validiteettiin ja luotettavuuteen eli reliabiliteettiin. Validiteetti kuvaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta

eli kykyä antaa tuloksia, jotka eivät perustu sattumavaraisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Hirsjärvi ym. 2008, 226 - 228; Vilkkä 2007b, 149 - 152.) Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä työn jokaisessa vaiheessa, sekä johdonmukaisesti etenemään, niin tutkimusmenetelmien kuin tulosten osalta. Lähteitä käytettäessä pyrittiin löytämään ja käyttämään mahdollisimman uusia ja tuoreita tutkittua tietoa sekä tunnettujen tieteellisten aikakausjulkaisujen artikkeliaineistoa. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset olivat pääosin 2000- luvulta.

Opinnäytetyössä käytettiin lähtötilanteen kartoittavaa kyselyä hoitohenkilökunnalle. Mittarina on kartoittava kyselylomake, jossa oli strukturoituja ja avoinkysymys. Kysely perustui teorial tietoon. Kyselylomakkeiden luotettavuutta lisäsi niiden huolellinen suunnittelu, sekä suorittamalla kyselylomakkeen esitestaus. Esitestaaminen on tärkeää arvioitaessa sen validiteettia. Esitestaamisen avulla voidaan varmistaa kyselyn toimivisuus, loogisuus, ymmärrettävyys sekä helposti käytettävä. Tutkimuksen perusjoukko oli tarkoin määritelty, se koostui kahdesta vuodeosaston hoitohenkilökunnasta. Lomakkeet toimitettiin ja haettiin henkilökohtaisesti. Saatekirjeen lisäksi kumpaakin yksikköön annettiin vielä samanlaiset suulliset ohjeet. Kartoittavan kyselyn vastaukset syötettiin Microsoft Office Excel - taulukko-ohjelmaan. Kaikki tulokset raportoitiin huolellisesti, jokainen vastauslomake numeroitiin. Näin varmistettiin tulosten luotettavuus kun tarkastellaan uudelleen kyselyn tuloksia. Kyselylomakkeen avoin kysymys analysoitiin suorien lainausten perusteella. Näin ollen asiasisältö ei muuttunut. Tutkimusaineiston luotettavuuden perusta oli tutkittavien yhteistyöhalu. Luotettavuutta lisäsi vastaajien nimettömyys vastattaessa lomakkeisiin, niin että heitä ei voi vastausten perusteella tunnistaa mitenkään.

Ennen kartoittavan kyselyn toteuttamista selvitettiin ja haettiin tutkimusluvut (liite 8). Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin työn tarkoitus ja hyödynnettävyys. Lähtökohtana oli, että kyselyyn osallistuneita kohdeltiin rehellisesti, kunnioittavasti sekä turvattiin anonymiteetin säilyminen. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen näin kunnioittaen osallistujien itsemääräämisoikeutta. Anonymiteetin turvaamiseksi vastaukset olivat nimettömiä, eikä opinnäytetyössä mainittu yksiköiden nimiä. Vastauslomakkeita ei missään vaiheessa luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön

valmistuttua. Kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä. Kyselyn kaikki saadut tulokset analysoidaan ja raportoitin rehellisesti sekä avoimesti mitään muuttamatta. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 287 - 288; Hirsjärvi ym. 2008, 23 - 27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173 - 184.)

Kartoittavan kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä tutkimuksen perusteista. Saatekirjeessä tuli myös esille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Saatekirjeen mukaisesti vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti. Saatekirjeessä oli myös tutkijan yhteystiedot, jolloin tiedonantajalla oli mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä tutkijaan. Saatekirjeeseen laitettiin myös tutkijan opiskelupaikan nimi tiedoksi. Kyselylomake palautettiin suljetussa kuoressa laatikkoon osastolle, jonka noudin henkilökohtaisesti itse. Tällä pyrittiin siihen, ettei tiedonantajien vastaaminen vaikuta se, että muut kuin tutkija näkee vastaukset tai kyselyyn vastaamisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176; Vilka 2007b, 81 - 82.)

Koulutukseen osallistuminen ei edellytä kartoittavaan kyselyyn vastaamista. Koulutukseen osallistuttiin omalla nimellä, koulutukseen osallistuvien henkilöllisyys jää ainoastaan tutkijan tietoon, jota koskee terveydenhuollon ammattilaisen salassapitovelvollisuus. Tärkeää on myös heidän henkilöllisyytensä suojaaminen. Tutkimuksessa päädyttiin nimettömään kyselyn palauttamiseen. Tutkittavia koskeva tieto on ehdottomasti luottamuksellista. Tutkittavilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää osallistuminen. Kyselylomake numeroidaan ja numerokoodit ovat vain tutkijan tiedossa. Kyselyn vastaukset palautetaan suljetussa kuoressa palautelaatikkoon, minkä tutkija noutaa henkilökohtaisesti osastoilta. Tutkija itse lukee ja analysoi vastaukset. Kyselyn vastaukset esitetään niin, ettei niistä voida tunnistaa vastaajaa. Tutkimusaineiston mukana oleva tutkimusteksti vuorostaan kertoo, miten tuo arkistoitu tutkimusaineisto on koottu. (Vilka 2007a, 35; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa paikassa ja se hävitetään asianmukaisesti työn päätyttyä. Tulokset raportoidaan rehellisesti tuloksia muuttamatta tai muutettua tutkijan eduksi tai haluamaan tulokseen.

Tutkijan on huolehdittava, että tutkimus on julkisesti nähtävillä ja siitä on tiedotettu. Osastojen seinälle tulee tiedote ja kerrotaan suullisesti tulevasta kyselystä ja kyselyn

mukana on saatekirje kyselyn vastaamiseen. (Vilka 2007a, 37; Kankkunen ym. 2009, 179.)

Koulutuksen luotettavuutta parantaa kouluttautujan asiantuntemus ja uskottavuus sekä hyvä perehtyminen aikaisempiin tutkimuksiin ja esitettävään aineistoon. Koulutuksen tulee olla kohdennettua ja tarkoitettu juuri kyseiselle ryhmälle, jotta se palvelisi parhaiten koulutettujen ja työntilaajan tarpeita. Osallistujat sekä työntilaaja tulee huomioida koulutuksen suunnitteluvaiheessa. Kouluttajan tulee huomioida kuuntelijakeskeisyys, jotta kouluttaja osaa asettua kuulijan asemaan ja ajatella asioita heidän näkökannaltaan. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa kouluttajan työskentely kyseisillä vuodeosastoilla, näin työ osastoilla sekä kohderyhmä on tuttu ja työn tekijä tunsi tutkittavan ilmiön. Näin on helpompaa samaistua ja tietää mistä he ovat kiinnostuneita sekä miten he suhtautuvat asiaan. (Jyväskylän yliopisto kielikeskus 2011.)

Koulutuksen pitämisessä tulee huomioida kuuliija-analyysi, jotta kouluttajana voin kohdentaa aineiston osallistujille sopivaksi, tulee tietää ja kartoittaa kohderyhmän lähtötilanne. Näin saadaan tietää mistä aiheesta tarvitaan lisäkoulutusta, mitkä ovat heidän odotukset koulutuksen suhteen sekä mikä käsitys heillä on opetettavasta aiheesta. (Jyväskylän yliopisto kielikeskus 2011.) Tällä tavoin lisätään koulutuksen luotettavuutta. Kouluttajan luotettavuus perustuu monesta tekijästä ja se on aina osallistujien muodostama vaikutelma kouluttajasta. Tutkimuksissa tuodaan esille, kouluttaja koetaan luotettavaksi silloin, kun hänet arvioidaan asiantuntevaksi, rehelliseksi, miellyttäväksi, varmaksi, yleisesti arvostetuksi sekä asenteillaan samantyyppiseksi kuin pitäjä itse. (Valo 1994.)

Työn luotettavuuteen kriteereinä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippumattomuus sekä vahvistettavuus. Uskottavuutta lisää, kun tulokset on kuvattu selkeästi niin, että lukija ymmärtää esimerkiksi käyttämällä taulukointia ja liitteinä. Tämän työn tulokset on esitetty kaavioiden, taulukoiden ja liitteiden muodossa. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirtämistä muihin vastaaviin tilanteisiin eli tulosten yleistettävyyttä. Lisäksi siirrettävyys sekä uskottavuus tulevat esille hoitajien suoria lainauksia käyttämällä, mitään muuttamatta, tämä lisää työn luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 - 160.) Tämän työn tulos ei ole suoranaisesti yleistettävissä, koska tämä työ koskee vain kahta vuodeosaston hoitohenkilökuntaa. Tulokset ovat suuntaan

antavia, toisaalta tulokset ovat samansuuntaisia, kun aikaisempien tutkimusten tulokset potilaan fyysisessä rajoittamisen tilanteissa ja näin lisäävän työn luotettavuutta. Tämän työn luotettavuutta lisäsi kirjallisen materiaalin sisällön tarkastamisen osastohoitaja Riitta Karjalaisella sekä ohjaaja Mirja Nurmella.

Keskeisenä eettisenä seikkana oli tutkimusaiheen valinta. Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun myös sairaalahoidossa. Potilaan rajoittamista somaattisella puolella on tutkittu vähemmän. Aiheen tulee olla mielekäs ja perusteltu. Se ei saa loukata eikä vähätellä ketään. Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon tutkimuseettiset kysymykset. Tutkijalla on vastuu tuntea tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät yleiset periaatteet. Hänen on myös toimittava niiden mukaan tutkimusta tehdessään. Tutkimus on eettisestä näkökulmasta hyvä silloin, kun tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Epärehellisyys ei kuitenkaan kuulu eettisesti hyvään tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2008, 23 - 27.)

Työn tekijä tulee käyttää ja noudattaa yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä, tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä, että työ täyttäisi hyvän tieteellinen käytännön kriteerit. Lisäksi käytäntö edellyttää tutkijan toimivan vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Tämä tarkoittaa, että tutkija kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Tämä tapahtuu ottamalla huomioon osoittamalla tarkoin lähdeviittein tekstissä sekä esittämällä omat ja toisten tulokset oikeassa valossa. (Vilkkä 2007a, 30 - 31.) Eettisesti hyväksytyssä tutkimuksessa ei saa olla luvatta lainattua tekstiä eli plagiointia, joka on yksi keskeisimmistä periaatteista. Plagioinnilla tarkoitetaan sitä, että toisen tekstiä esitellä omanaan. Tekstiä lainatessa tulee näkyä asianmukaisissa lähdemerkinnöissä. Myös itseplagiointi on tutkimuksellisesti epäeettistä toimintaa. Itseplagioinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkija muuttaa vain pieniä osia aiemmasta tutkimuksestaan ja tuottaa näennäisesti uutta tutkimusta. (Hirsjärvi ym. 2008, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Opinnäytetyössä olen käyttänyt kaikessa lainatussa tekstissä asiaan kuuluvia, oikeanlaisia lähdeviitteitä. Lähdekritiikkiä olen käyttänyt valitessa lähteitä. Olen käyttänyt muun muassa paljon väitöskirjoja, joista asialliset viitteet lähdeluettelossa. Internet- lähteistä olen käyttänyt verkko-lehtiä ja alan ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita. Olen pyrkinyt käyttämään saatavilla olevia uusinta tietoa ja uusimpia artikkeleita.

Tutkimuseettisten periaatteiden mukaan tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi. Tuloksia ei saa myöskään sepittää eikä kaunistella. Tulosten yleistämiseen tulee siis olla vahvat perusteet ja kaikki havainnot tulee tehdä tutkimusraportissa kuvatulla tavalla. Opinnäytetyössä tuloksia ei voida yleistää, koska kehittämistehtävässä on ollut osallisena vain kaksi osastoa ja koulutuksen järjestäminen on kertaluonteinen tilaisuus. Raportoinnissa on myös noudatettava tutkimuseettisiä periaatteita. Raportointi ei saa olla puutteellista, vaan käytetyt menetelmät tulee selostaa huolellisesti. Alkuperäisiä havaintoja ei tule muokata eikä raportoinnin tule olla harhaanjohtavaa. Tutkimuksessa ilmenevät puutteet on myös tuotava julki. (Hirsjärvi ym. 2008, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182 - 183.)

Tutkimisetiikan tulee kulkea työn mukana tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustuloksista tiedottamiseen asti. Työssä tulee noudattaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä koko työajan esimerkiksi suhteessa tutkimuskohteeseen, toimeksiantajiin ja kollegoihin. Tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Käytännössä tämä merkitsee, että olen työn tekijänä käyttänyt työssä sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, joita tiedeyhteisö on hyväksynyt. Työssä on käytetty tiedonhankintana omana alan tutkittua tietoa muun muassa väitöskirjoja käyttäen ja ammattikirjallisuutta sekä tarkoin valittuja ja yleisesti hyväksytyjä lähteitä. Työssä saatujen tulosten on täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Työssä saatujen tulosten on täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset yhdistellen olemassa olevan tiedon ja työn tulokset, miten hyödyntää tai yhdistellä uudella tavalla. (Vilkkä 2007a, 28 - 30.)

12 POHDINTA

12.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutus vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Tämän koulutuksen toteutuksella haluttiin poistaa epätietoisuutta, muistuttaa ja yhtenäistää toimintatavat potilaan fyysisen rajoittamisen suhteen. Vastaajista yli puolet koki kohtalaisesti hallitsevansa potilaan rajoittamista koskevat tilanteet sekä yksi kolmasosa hallitsi hyvin. Toisaalta lähes kaikki koki epävarmuutta rajoittaessaan potilasta fyysisesti. Vastaajista enemmistö koki tarvitsevansa lisää tietoa ja koulutusta aiheesta. Kyselyn tuloksen mukaan koulutuksen

järjestäminen on tarpeellinen ja hyödyllinen ja palvelee tämän työn tarvetta ja tarkoitusta.

Saadun palautteen ja aikaisemmat tutkimukset osoittavat koulutuksen tarpeellisuuden. Saadun palautteen mukaan järjestetty koulutus onnistui hyvin ja osallistujat kokivat saavansa uutta tietoa sekä tiedon lisääntyneen. Työn tilaajan ja osallistujien palautteen perusteella, koulutus koettiin sisällöltään koulutusmuodoltaan vastaavaksi sekä ajatuksia herättävä. Esityksen jälkeen syntyi paljon keskustelua ja esiin nousi kysymyksiä miten tästä eteenpäin toimitaan osastolla potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa. Läsnaolijat toivat esille rohkeasti ongelmaksi koettuja tilanteita ja asioita.

Hoitotyössä hoitohenkilökunta joutuu tekemisiin potilaan fyysisen rajoittamisen kanssa (Saarnio 2009; 55, 68; Saarnio & Isola 112; Paunio 2009). Potilasta hoidettaessa hyödyn on oltava haittaa suurempi, toisaalta rajan vetäminen ei ole aina niin yksinkertaista. Potilaan turvallisuuteen vedoten ja vaaran ehkäisemiseksi suoritettujen rajoittavien toimenpiteiden on oltava kokonaisuutena arvioiden puolustettava. Rajoittamisen tulee olla oikeassa mittasuhteessa riskeihin nähden. (Paunio 2009; Tolonen 2011, 37.) Potilaan fyysistä rajoittamista ei pysty toteuttamaan ilman, että hänen itsemääräämisoikeutta ei rikottaisi. Suomen perustuslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeudesta vaatii jokaiselle potilaalle oikeutta, turvallisuutta ja oikeus hyvään hoitoon. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Paunio 2009; Tolonen 2011; 82.)

Potilaan rajoittaminen fyysisesti on eettisesti vaikea asia. Tilanteet ovat hankalia myös hoitohenkilökunnalle, on epävarmaa kuinka tulee toimia, koska käytännöt vaihtelevat suuresti. Valtiontilitarkastajat raportin mukaan rajoittamiseen liittyvät ohjeiden ja sääntöjen epätasaisuus aiheuttaa ongelmia hoitotyössä. Tämä oli noussut esille useasta eri tahosta. (Paunio 2009.) Potilaan rajoittaminen on lisäksi potilaan itsemääräämisoikeuden rikkomista eli ihmisoikeuskysymys, traumaattinen potilaalle kuin hoitajalle, eettisesti raskasta ja vaikuttaa työhyvinvointiin ja sitä kautta jaksamiseen. (Kontio 2011b, 47).

Työssä saadut lähtötilanteen kartoituksen tulokset eivät ole ristiriitaisia aikaisempien potilaan fyysisestä rajoittamisesta tehtyjen tutkimusten kanssa. Tulosten samankaltaisuus tukee opinnäytetyön vahvistettavuutta. Vastaajista lähes kaikki olivat käyttäneet fyysisen rajoittamisen eri muotoja. Yhteenvetona verraten

aikaisempiin tutkimuksiin, niin tulokset ovat samansuuntaisia. Saarnion (2009) tutkimuksessa yleisimmät fyysisen rajoittamisen muodot olivat ylösnostetut laidat (84 %), geriatrinen tuoli pöytälevyn kanssa (75 %), pyörätuoliin laitettu kiinni vyöllä kiinni (64 %) sekä tavallinen tuoli vyön kanssa (33 %). Vähemmän käytettyjä oli turvaliivi (22 %), magneettivyö (14 %), lepositeet (12 %) sekä huoneen oven lukitseminen (7 %) (Saarnio ym. 2007, 112; Saarnio 2009, 24 - 26). Eroavuuksia vastaajien ja aikaisempien tutkimuksen välillä oli magneettivyön ja huoneen oven lukitsemisessa ja tavallisen tuolin käytössä vyön kanssa. Osastolla käytettiin hieman enemmän magneettivöitä sekä paljon enemmän huoneen oven lukitsemista eri keinoin, lisäksi vastaajista neljä käytti 24 vastaajasta tavallista tuolia vyön kanssa.

Alarvo-Messon (2010) tutkimuksessa joka kuuden asukkaan kohdalla käytettiin sängynlaitoja liikkumisen rajoittamisen tarkoituksena. Huonokuntoiselle vanhukselle sängynlaidat riittivät estämään heitä liikkumisen. Geriatritu tuolia pöytälevyn kanssa käytettiin rajoittamisen muotona. Omaisten mielestä tämä oli huomaamaton keino rajoittaa asukasta, mutta asukkaat itse kokivat sen huonoksi asiaksi. He ottivat ja heittivät pöytälevyn usein lattialle. Lisäksi käytössä oli haaravyö- ja magneettivyö ja huoneen oven lukitsemista. Haaravyö ei välttämättä pitänyt asukasta paikoillaan, vaan hän saattoi lähteä liikkeelle tuolin kanssa tai hän saattoi valua alaspäin tuolissa sen näin painaen ihoa. Magneettivyötä käytettiin vuoteessa sekä tuolissa. Asukkaan ollessa kiinni magneettivöillä vuoteessa, hän oli yössä aamuun saakka kiinni. Huoneen oven lukitsemisen tarkoituksena oli estää asukkaan häiritsemästä toisia asukkaita. (AlarvoMesso 2010, 33- 34.)

Vastaajista 63 prosenttia rajoitti potilasta päivittäin, josta vastaajien osuus sairaanhoitajilla oli 33 prosenttia sekä lähi-/ perushoitajien osuus oli 30 prosenttia. Verraten Saarnion (2007) tutkimukseen, jos eritellään sairaanhoitajat ja lähihoitajat omaan ryhmään, niin tulokseksi tässä tutkimuksessa saadaan kaikista sairaanhoitajista 57 prosenttia ja lähi-/ perushoitajista 70 prosenttia rajoitti potilasta päivittäin. Saarnion (2007) mukaan 90 prosenttia lähi-/ perushoitajista ja sairaanhoitajista 56 prosenttia rajoittaa potilasta fyysisesti päivittäin. (Saarnio ym. 2007, 112, 114.) Hoitotyöntekijöiden mukaan potilaan fyysistä rajoittamista tapahtuu päivittäin ja etenkin yöaikaan, jolloin potilaat ovat levottomia ja häiritsevät muita potilaita sekä hoitohenkilökuntaa on vähemmän. Suurin osa vastaajista perusteli fyysisen rajoittamisen käyttöä potilaan olo vaaraksi itselle tai toiselle sekä potilaan

turvallisuuden takaaminen. Yli puolet perusteli päätöstään rajoittaa fyysisesti potilaan häiritessään toisia potilaita. Alle puolet vastaajista perusteli päätöstään rajoittaa potilasta potilaan sekavuudella, aggressiivisuudella sekä levottomuudella muun muassa sairaudesta johtuvaksi. Yksi kolmasosa perusteli päätöstään rajoittaa hoitohenkilökunnan vähyydellä. Vähemmän perusteluksi nousi omaisten pyynnöstä tai rajoittamisen rutiininomaisuus. Vastaajista vain yksi perusti päätöksen lakiin pohjautuen.

Topon (2011) mukaan RAI-vertailukehittämisen aikaan Suomen ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä psykiatrialääkkeiden käyttö väheni erittäin paljon, kun taas joka viides potilas tai asukas koki fyysisen rajoituksen käytön päivittäin. Topon havaintojen perusteella on eroa sillä, onko potilas sidottu kiinni tuoliin ruokailun ajaksi vai jätetty yksin ilman mitään virikkeitä. Ruokailun ajaksi sidottu kiinni oleva potilas keskittyi ruokailuun, kun taas ilman virikkeitä jätetty koki ahdistusta tai hän saattoi mennä omaan maailmaansa ja protestoi tilannetta aggressiivisella käyttäytymisellä. (Topo 2011, 27)

Fyysisten rajoitteiden vähentäminen laitoshoidossa terveyskeskuksessa on aiheellista, koska Saarnion (2009) tutkimuksen mukaan terveyskeskusten vuodeosastoilla rajoittamista käytettiin eniten. Tämä oli suhteessa potilaspäämäärään, mitä pienemmästä yksiköstä oli kysymys, sitä vähemmän rajoittamista käytettiin. Laitosmuodolla oli merkitystä fyysisen rajoittamisen käyttöön, sillä yksityisissä käytettiin vähemmän liikunnan rajoittamista kuin kunnallisessa hoitolaitoksessa, kuten esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Saarnio & Isola 2009, 273; Saarnio 2009, 55.)

Fyysisten rajoitteiden käytöllä vaikuttaa kulloisenkin tilanteen mukaan olevan erilainen luonne, ja käytön hyväksyttävyyttä tulisi arvioida aina tilannekohtaisesti. Tosiasia on, että yksittäiset hoitajat joutuvat käytännön hoitotyössä päivittäin ratkaisemaan vaikeita eettisiä tilanteita, jotka liittyvät fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Valvira 2008; Saarnio & Isola 2009, 274.) Hoitohenkilökunnan tiedot, taidot, asenteet ja mahdollisimman hoidollinen ympäristö nousee tärkeimpään asemaan ennaltaehkäisyssä näkökulmasta. (Pilli 2009 122 - 130.) Suomen lain mukaan potilaan fyysisen rajoittaminen somaattisen hoidon puolella on mahdollista vain erityistilanteissa. Lain avulla potilaan oikeudellinen asema selkiintyisi uuden

lainsäädännön myötä. Lain antama ja tuoma valtuutus ja tuki vähentäisi ”väärintekemisen” tunnetta. Lainsäädäntöä selkeyttämällä voitaisiin edistää itsemääräämis- ja perusoikeuksien toteutumista. Rajoittaminen on juridisesti lääketieteellinen päätös, lääkärit vastaavat tästä, mutta käytännössä hoitajat luovat hoitokulttuurin osastoilla. (Paunio 2009.)

Fyysisen rajoittamisen epäkohdat ovat sinänsä jo olleet pitkään tiedossa, puutteellisen lain seurauksena potilaan ja hoitotyöntekijän oikeusturva kärsii. Fyysistä rajoittamista käytettäessä kajotaan potilaan perusoikeuksiin. Rajoittamistoimenpiteet tulee olla tarkkarajaisia ja niiden tulee perustua lakiin perustuen painaviin syihin. (Koivuranta 2002, 13; Paunio 2009.) Eduskunnan apulaisoikeusasiamies ottanut kantaa useasti muun muassa, kun mielenterveyslain säännökset eivät edelleenkään tätä osin täsmää perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten säännöksiä. Selvittämätön rajoittamistoimenpide jää helposti painamaan potilaan mieltä vuosiksi. Potilaiden ihmisarvoinen ja inhimillinen kohtelun tulisi sisältää laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon. Kyse on lainsäädännön ohella myös arvoista ja asenteista ja niiden vaikutuksesta hoitokäytäntöihin. (Huhta 2000, 122 - 123.)

Tutkimusten mukaan potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden toteutumisen tärkeäksi, sen toteutuminen on potilasturvallisuutta. Potilaan itsemääräämisen toteutuminen hoitotyössä sekä potilaan osallistuminen omaan hoitoon tuo turvallisuuden tunteen potilaalle (Heikkinen 2007; Naukkarinen 2008, 88, 120.) Naukkarisen (2008) mukaan potilaan itsemääräämisoikeus oli potilaalle sekä henkilöstölle tärkeää. Henkilöstön mielestä potilaan itsemääräämisoikeus oli tärkeämpää kuin potilaiden mielestä. Tulosten mukaan potilaat pitivät hoidosta kieltäytymistä vähiten tärkeänä asiana. Henkilöstö nosti hoidosta kieltäytymisen tärkeämpään arvoon kuin potilaat. (Naukkarinen 2008, 88, 120.) Poikkimäen (2004) tutkimuksessa potilaat ja hoitajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että itsemääräämisoikeus ja kunnioitus toteutuvat hoitotyössä. He olivat tyytyväisiä kohteluun ja hoitoon. (Poikkimäki 2004, 65 - 68.) Mäen ja Valkosen (2002) tutkimuksessa potilaiden mielestä heitä vaadittiin toimimaan vastoin tahtoaan. Tutkimuksen mukaan osastonhoitajat kokivat hoitohenkilökunnan vallankäytön ja autoritaarisuuden rajoittavan potilaan toiminnan vapautta. Lisäksi osaston rutiinit ja fyysiset toimitilat rajoittavat itsemääräämisoikeutta. (Mäki & Valkonen 2002, 43 - 44.)

Kansainvälinen Sairaanhoitajaliitto (International Council of Nurses 1989, 1995) ja Suomen sairaanhoitajaliitto ovat antaneet ammatillisina organisaatioina ohjeita ja suosituksia eettisten kysymysten ratkaisemiseksi hoitotyön käytännössä ja tutkimuksessa. Paikallisella tasolla eettiset ja tieteelliset tutkimustoimikunnat ratkaisevat tutkimuseettisiä kysymyksiä ja antavat suosituksia eettisten kysymysten ratkaisemiseksi. (Latvala 2000, 104; International Council of Nurses. 1989; International Council of Nurses. 1995.)

Tutkimusten mukaan potilaan fyysisen rajoittamisen toimenpiteitä käytetään potilasturvallisuuden, työturvallisuuden ja ympäristön turvallisuuden takaamiseksi (Saarnio 2009, 57.) Lainsäädäntöä fyysisen rajoittamisen käyttöön ei somaattisella sairaanhoidolle suoraan ole, mutta sovellettavat lakipykälät löytyvät mielenterveys-, päihde-, tartuntatauti- ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Fyysisen rajoittamisen käyttö edellyttää vahvaa eettistä ajattelua. Eettisen hoitotyön ohjenuorana ovat hoitotyöntekijöitä koskevat eettiset ohjeet. Hoitajana on huolehdittava ammattitaitonsa riittävydestä sekä uuden tiedon hankkimisesta. Moniammatillinen yhteistyö takaa sekä varmistaa potilaan kokonaisvaltaisen arvioinnin ja päätöksenteon oikeellisuuden. Moniammatillista yhteistyötä voitaisiin kehittää osastoilla, niin fysioterapeutin sekä lääkärin kanssa käytännön hoitamisen tilanteissa. Lääkärin rooli on keskeinen osa potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa, koska hänen tehtävänä on tehdä päätös rajoitetaanko potilasta fyysisesti. Hoitohenkilökunnan jatkuva kouluttaminen ja tiedon lisääntyminen vähentää potilaan rajoittamista ilman, että kaatumisriski kasvaa tai psyykelääkkeiden käyttö lisääntyy. Tutkimuksissa osoitettu, että osastokohtaisilla kehittämis- ja henkilökunnan koulutusohjelmilla on kyetty vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttöä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että potilaan oikeuksien rajaaminen on käytännössä hyvin haasteellista, mitä tapahtuu päivittäin, vaikka laki määrittelee potilaan oikeudet ja niiden rajoittamisen yksiselitteisesti. Jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan erilaisilla fyysisen rajoittamisen muodoilla, sen tulee olla perusteltua, tasoltaan aina alhaisinta mahdollista suojelemisen tarpeeseen suhteutettuna sekä systemaattisesti valvottua. Rajoittamista on arvioitava yksilö- ja tapauskohtaisesti, se on viimesijainen keino.

Työn tekeminen ollut mielenkiintoista ja haastavaa työn alusta asti. Itse työn tekijänä olen saanut uutta tietoa potilaan fyysisestä rajoittamisesta, jota on mahdollisuutta toteuttaa omassa työssäni osastolla. Opinnäytetyön myötä oma ammatillisuus on kasvanut. Tietojen opettaminen toisille on kerrannut myös omia taitoja sekä tietoja. Teoriatiedon hankinta on lisännyt taitoja arvioida lähteitä kriittisesti ja opettanut hyödyntämään tutkimuksia työn toteutuksessa. Opinnäytetyön käytännön osuus antoi erinomaista kokemusta koulutuksen järjestämisestä ja sen toteuttamisesta. Rohkeus suunnitella, organisoida ja järjestää koulutusta on vahvistunut. Lisäksi tietokone ja sen tekstinkäsittelyohjelmien käyttö on tullut tutuksi, ja olen kehittynyt niiden käytössä tämän työn tekemisen aikana.

Tällä hetkellä vuodeosastoilla on meneillään jatkotutkimus potilaan itsemääräämisoikeudesta, joka toteutetaan opinnäytetyönä. Työ käsittelee potilaan itsemääräämisoikeutta kotiutumistilanteissa, joka mahdollisesti toteutetaan asiakaspalautekyselynä.

12.2 Hyödynnettävyys

Päivittäisessä hoitotyössä tapahtuu melko paljon fyysistä vapauden rajoittamista, mutta rajoittamistilanteita voitaisiin kehittää esimerkiksi erilaisilla lisäkoulutuksilla, koulutustilanteilla sekä selkeillä ja tarkkoilla ohjeilla tai ohjeistuksella, miten näitä tilanteita toteutetaan ja kohdataan. Vähiten rajoittavien menettelytapojen vahvistamiseksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten, että valvontaviranomaisten yhteisiä ponnistuksia. Tällä tavalla edistetään myös potilaan perusoikeuksien toteutumista, joka perusoikeus uudistuksessa säädettiin koko julkisen vallan tehtäväksi. (Kuosmanen ym. 2011, 42 - 43.)

Ennaltaehkäisy rajoittamistilanteissa on yksi tärkeä asia. Paneutua hoitohenkilökunnan taitoon kehittää ennakointia ja varhaista puuttumista potilaan fyysisen rajoittamisen tilanteissa. Voitaisiin panostaa ja kehittää osastolla vaihto-ehdoisia menetelmiä, niin että potilasta ei tarvitsisi rajoittaa eri muodoin. Saarnion (2009) mukaan rajoittamisessa käytettiin vaihtoehtoisia käytäntöjä, jotka ilmenivät hoitotyöntekijän ja vanhuksen välisessä vuorovaikutuksessa sekä hoitotyöntekijän luovuutena (Saarnio 2009, 5). Kontio tuo esille, että potilaan rajoittamisen ehkäisemisen keinona voitaisiin yhdessä sovitut asiat kirjatta hoitosuunnitelmaan ja pidettäisiin kiinni sovitusta asioista. Näin potilas pääsisi vaikuttamaan omaan hoitoon. Rajoittamiselle tulee joka

kerta pyrkiä löytämään mahdollisimman inhimillinen tapa toimia, näitä olisi hoitajan läsnäolo, keskustelu, erilaiset aktiviteetit kuten, järjestelemällä mielekästä tekemistä sekä tarpeellinen lääkehoito. (Kontio 2011b, 47.) Toisaalta taas Suhosen (2007) tutkimuksessa tuli esille lääkehoidon tarpeettomuudesta, jos vaihto-ehtona olisi käyttää auttavia hoitomenetelmiä (Suhonen 2007, 33). Osastoilla tulisi lisätä turvallisuutta huolehtimalla hoitohenkilökunnan määrästä ja laadusta, niin että on tarpeeksi henkilökuntaa toteuttamaan vaihto- ehtoisia menetelmiä osastoilla ja tähän tarvitaan esimiesten tuki (Kontio 2011b, 47).

Potilaan rajoittamistoimenpiteiden vähentämisenkeinona on tiedon kulkua, sitä parantamalla, osastoilla työnjakoa sekä yhteistyötä kehittämällä. Rakenteellisella ja toiminnallisilla toimenpiteillä potilaan turvallisuutta voitaisiin lisätä ja fyysistä rajoittamista vähentää. Potilaan fyysisen rajoittamisen vähentämisen ennakointi minimoimiseksi, on tärkeä osa hyvää hallintaa. Työyhteisössä voitaisiin kiinnittää huomiota työympäristöön ja sen turvallisemmaksi suunnittelun saamiseksi muun muassa osaston eri materiaalit, rakenteet, näkyvyys ja erilaiset tekniset turva- ja valvontalaitteet. Työyhteisön yhteistyön toiminnan parantaminen ja hyvä työilmapiiri luomista erilaisilla virkistystoiminnoilla on keskeinen seikka. Hoitohenkilökunnan tiedon ja taidon ylläpitäminen säännöllisillä täydennyskoulutuksilla on tärkeää. Tärkeää on riittävä henkilöstö saaminen sekä henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen. Lisäksi yksittäisen työntekijän valmiudet ja keinot potilaan fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn ja tilanteissa ammatillisesti toimimiseen. Koulutuksen aikana, päätettiin tilata potilaiden sängyt sellaiseksi, mitkä ovat mahdollista laskea alemmaksi, lattiasta kolmekymmentä senttimetriä. Näin ehkäistään, potilaan mahdollinen tippuminen ei tapahdu niin korkealta. (Saarnio 2009 ym. 273- 277.)

Hoitohenkilökunnan tulee huomioida ja osata käyttää oikeata välineitä ja sidontamenetelmiä potilasta sidottaessa. Väärät välineet ja sidontamenetelmät voivat aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle esimerkiksi ennen aikaisen kuoleman kuristumalla turvaliiveihin vuoteessa. (Kaivola & Lehtonen 2002, 3508 - 3509). Osastoilla tulisi kiinnittää huomiota osastojen turvallisuuteen ja eritoten potilaan ollessa sidottuna kiinni, niin ettei hän pysty vahingoittamaan itseään muun muassa valvontaa lisäämällä.

Tulisi kehittää hoitajien ja lääkärien yhteistyön parantamista potilaan rajoittamistilanteissa. Lääkäri ei osallistu potilaan rajoittamisen päätöksentekoon, niin usein kuin mitä lain mukaan tulisi. Tähän pitäisi kiinnittää huomioita vuodeosastojen toiminnassa. Lääkärin täytyisi jokaisesta fyysisen rajoittamisen tilanteista tehdä lopullinen päätös huolellisesti ja tapauskohtaisesti potilaan hoidon tarpeen mukaan. Kehittää hoitohenkilökunnan jatkuvaa arviointia fyysisen rajoittamisen tarpeellisuudesta sekä jatkuvuudesta, vaikka lääkäri tekee lopullisen päätöksenteon, mutta osastoilla ei ole fyysisesti aina saatavilla lääkäriä paikalle, vaan hoitajat joutuvat osa vuorokauden aikoina konsultoimaan päivystävää lääkäriä. Tässä kohtaa hoitajan pätevyyttä ja ammattitaitoa tarvitaan.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja tuominen on vuodeosastoilla tärkeää. Yhteistyötä voidaan tuoda enemmän käytännön hoitotyön tilanteisiin esimerkiksi vuodeosaston fysioterapeutin kanssa työskentelemällä muun muassa potilaan tasapainon parantamisen kehittymisen parissa ehkäisemään hänen mahdolliset kaatumiset. Topo (2011) kiinnitti samaan asiaan huomiota InnoKusti-hankkeessa, siinä fyysisten rajoitteiden käyttö väheni noin puolella, kun kiinnitettiin huomioita toimintakykyyn ja mielekkyyttä parantaviin toimintatapoihin yhdistettynä seurantateknologiaan. Tämän seurauksena vuoteenlaitojen sekä tuoliin sitomisen käyttö väheni selvästi. (Topo 2011, 27.)

Saarnion (2009) tutkimuksessa tuotiin esille potilaiden oikean hoitopaikan tärkeys, esimerkiksi dementoituneen vanhuksen paikka ei ole terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaisesti. Tutkimuksissa todettiin, että alle kaksikymmentäpaikkaisissa yksiköissä rajoitettiin vähennän kuin yli kolmekymmentäpaikkaisissa. Huomiota tulisi kiinnittää huomioita jatkohoidon saatavuuteen, koska vuodeosastot eivät ole suunniteltu dementoituneen hoitoon. (Saarnio 2009, 57; Ala-Aho ym. 2003, 1072.)

Potilaiden ja henkilöstön oikeusturvan takaaminen, se on ongelmallista molemmin puoleisesti. Saada turhat rajoittamisen toimenpiteen pois, ettei potilasta rajoiteta kaiken varalta rutiininomaisesti. Lisäksi ajoittamistoimenpiteiden kirjaamisen tarkentamista ja parantamista potilasasiakirjoihin ohjeiden mukaan, näin voidaan parantaa potilaiden sekä henkilöstön oikeusturvaa.

Työntilaaaja osastonhoitaja Riitta Karjalainen pitää tärkeänä koulutuksen uudelleen esittämistä niille, jotka eivät päässeet koulutustilaisuuteen, niin että jokainen osastolla

työskentelevä hoitaja kävisi tämän koulutuksen. Työntilaajan mukaan tätä koko työtä tullaan käyttämään tulevaisuudessa työkaluna vuodeosastoilla. Lisäksi työelämän edustajalta tuli toive, esittää tämä koulutuspaketti Peruspalvelukeskus Aavan alueen osastohoitajille. Mahdollinen koulutuksen uudelleen järjestäminen, toteutuminen ja sen pitäminen, ei toteudu tämän opinnäytetyön aikana.

Työn saamat tulokset ovat suuntaan antavia, näin ollen ovat pääasiassa työn tilaajan hyödynnettävissä. Työn tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää arvioidessaan muun muassa toisten yksiköiden lisäkoulutuksen tarvetta. Koulutusta voitaisiin hyödyntää koko Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän alueella, ketkä joutuvat tekemisiin potilaan fyysisen rajoittamisen kanssa. Haluttaessaan oman osaston tiedot, tulee tehdä lähtötilanteen kartoitus, näin saadaan kyseisen paikan ”ongelmat” esille. Tämä ehdotus nousi tämän työn tekijältä, sekä työn tilaajalta. Yleisesti tätä työtä voitaisiin hyödyntää uusien hoitajien ja opiskelijoiden perehdyttämisessä vuodeosastoilla. Lisäksi koko työtä voidaan käyttää jatkossakin asioiden kertaamiseen tarvittaessa, koska koko valmis työ sekä PowerPoint-esitysmateriaali jäävät osastoille.

12.3 Jatkoehdotukset

Jatkotutkimuksena tulisi tutkia tämän koulutuksen vaikutusta hoitajien työskentelyyn, vähensikö potilaan rajoittamista ja toteutuuko paremmin potilaan itsemääräämisoikeus rajoittamistilanteissa. Eräässä Varsinais- Suomalaisessa sairaalassa kehitettiin ja käytettiin Pekka Makkosen toimintamallia, jossa hoitajat täyttivät arviointilomakkeen, jossa he arvioivat omaa toimintaa kriittisesti jokaisen pakkotoimenpiteen jälkeen. Tämän seurauksena eristykset saatiin vähenemään puoleen kahdessa vuodessa. (Berner 2010.) Voitaisiin selvittää ja kehittää erilaisia vaihtoehtoisia toimintamalleja, joiden avulla potilaiden fyysisistä rajoittamista pystyttäisiin vähentämään ja ehkäisemään vuodeosastoilla ja näin lisäämällä potilasturvallisuutta. Lisäksi lisätutkimuksena voitaisiin tutkia fyysisesti rajoitettujen potilaiden mielipiteitä, kokemuksia sekä tuntemuksia rajoittamistoimenpiteiden aikana sekä niiden päätyttyä. Lisäksi tulisi tarkastella opinnäytetyön hyödynnettävyyttä tulevaisuudessa sekä sen käyttömahdollisuutta osastolla hoitotyössä työkaluna. Rajoitteiden käytön ehkäiseminen ja vähentäminen on vähintäänkin yhtä tärkeää kuin lainsäädännön ja ohjeistuksen tarkentaminen.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhus työhön. Helsinki: WSOY.
- Ahtokivi, I. 2012. Artikkelissa: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeutta pohtiva työryhmä on tehnyt alustavia linjauksia itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta. Kotimaa 9.2.2012.
- Ala-aho, S., Hakko & Saarento, O. 2003. Vastentahtoinen eristämien vähentämien psykiatrisella osastolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Duodecim 2003; 119: 1969 - 75.
- Alarvo-Messo, S. 2010. Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Anttila, S. 2008. Liikkumista rajoittavien turvallisuusvälineiden käytöstä vanhuspotilailla tehtävä joka kerran yksilöity päätös. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira.
- Anttila, S. & Holli, T. 2007. Turvallisuusriski geriatrisen tuolin käytössä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira.
- Berner, A-S. 2010. Hoitohenkilökunnan asenteet vievät potilaan lepositeisiin. Helsingin Sanomat 22.8.2010.
- Engberg, J., Casle, N. & McCaffrey, D. 2008. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. The Gerontologist 48/ (4), 442 - 452.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999.
- Finne-Soveri, H. 2005. Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Noro, A., Finne- Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Stakes.

Fray, S. 1996. Etiikka hoitotyössä – eettisen päätöksenteon opas. Suomen sairaanhoitajaliitto. Tampere: Tammerpaino Oy.

Hakkarainen, K. 2005. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen synnyttäjänä. Helsinki: WSOY.

Halia, R. 2010. Itsemääräämisoikeudet rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys.

Harra, K., Raitaniemi, V. & Ruhotie, P. 2000. Työpaikkakouluttajan opas. Helsinki: OKK-säätiö.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkittava kehittäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, J. 2007. Pakko ei ole hoitoa! Mielenterveyden keskusliiton liittovaltuuston jälkilausuma. Mielenterveyden keskusliitto.

Heikkinen, L. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon - Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Helsingin Sanomat. 2010. Vanhuksille tulee säätää hoitolaki. Helsingin Sanomat 28.2.2010.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). 2006. Hyvä hoitosuhde.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammi. Tampere: TammerPaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Holi, T. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO). Hoidon periaatteista: Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuu ja oikeudet. Potilaan itsemääräämisoikeus.

Huhta, J. 2000. Mielenterveyden keskusliitto ry. Teoksessa Sundman, E. (toim.). Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Huotari, V. 2007. Teoksessa aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä. Collin, K. & Paloniemi, S. (toim.) Juva: PS-Kustannus.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä- Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus.

International Council of Nurses. 1989. Code for nurses; ethical concepts applied to nursing. ICN. Geneva.

International Council of Nurses. 1995. Better health through nursing research. ICN. Geneve.

Itä-Suomen Aluehallintovirasto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Savonia ammattikorkeakoulu. 2011. Tietoa sosiaali- ja terveysalalle. Ennakoi väkivaltaa työssä. [Viitattu 27.6.2011] Saatavissa <http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/hallinta/rajoittaminen-hal.htm>

Jyväskylän yliopisto – Kielikeskus. 2011. Kielikompassi- Puheviestintä- Kohdentaminen. Saatavilla: <https://kielikeskus.jyu.fi/> [Viitattu 2.9.2011]

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

Jääskeläinen, P. 2011. Sairaala korvaa potilaalle ihmisarvoa loukanneet eristämisolosuhteet. Oikeusasiamiehen päätös. Dnro 3205/2/11.

Kaivola, J. & Lehtonen, L. 2002. Lepositeiden käyttöön liittyvät potilasvahingot. Suomen Lääkärilehti 36/ 2002 vsk 57, 3504 - 3509.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karjalainen, R. Osastonhoitaja. Haastattelu 20.1.2012. Toimintayksikön kuvaus.

Karvonen, J. 2009. Potilaaseen kohdistuvat suoja-/ rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. WSOY: Porvoo.

Kettumäki, A. & Vähäsarja, S. 2009. Artikkelissa: Vanhusten hoitajat käyvät eettistä taistelua. Keski- Pohjanmaa 9.9.2009.

Kiikkala, I. 2000. Mikä on minun etiikkani? Teoksessa Sundman, E (toim.). Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Koivuranta, E 2002. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kontio, R. 2011a. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals- towards evidence based clinical nursing. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Kontio, R. 2011 b. Pakkokeinoille vaihtoehtoja. Sairaanhoitaja- lehti 5/2011.

Krause, K & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Hygienia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kuosmanen, L., Lehtilä, H., Makkonen, P. & Salminen, H. 2011. Psykiatrisen potilaan sitominen eettisesti vaikeaa. Sairaanhoitaja- lehti 2011/ 8, 42 - 43.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Latvala, E. 2000. Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksessa. *Hoitotiede* Vol. 13, no 2/2001, 99 - 105.

Lauri, S. 2007. *Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehestö, M., Koivunen, O & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Helsinki: Edita.

Leino- Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Juva: WSOY.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY.

Lepistö, I. 2000. *Työpaikkakouluttajan käsikirja*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Liukkonen, A. 1993. Fyysisten pakotteiden käyttö vanhusten hoidossa hoitajien kokemana. *Gerontologia* 1993: 7(3): 188 - 195.

Lähihoitajan eettiset ohjeet 1996/ 2000. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto.

Lääkärin eettiset ohjeet 1988. Lääkäriliitto.

Meisalo, V. & Sutinen, E. & Tarhio, J. 2000. *Modernit oppimisympäristöt, tietotekniikan käyttö opetuksen ja oppimisen tukena*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 1116.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. (toim.). 2008. *Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema*. Suomalaisen lakiyhdistyksen julkaisu.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2003. *Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema*. Suomalaisen lakiyhdistyksen julkaisu A- sarja no 241PoD. Helsinki: Suomalainen lakimiesyhdistys.

Mäki, T & Valkonen, R. 2002. *Potilaan itsemääräämisoikeus ja osastonhoitajan toiminta*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Männistö, N. 2003. Potilaslähtöinen hoitotyö teho- osastolla. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Mölsä, A. & Krogerus-Therman, I. & Raatikainen, R. & Tolvanen, S. 1985. Hoitotyön (nursing) ammattisanasto vårdterminologi. Hämeenlinna: Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa - Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

OK-opintokeskus 2010. Kouluttajan rakennustyömaa. OK- opintokeskus verkkomateriaat. Saatavissa: <http://kouluttaja.ok-opintokeskus.fi/kouluttaja/kouluttajan-rakennusty%C3%B6maa-0> [Viitattu 18.1.2012]

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOY.

Pakkala, E. 2009. Vanhusten liikkumista rajoitetaan yleisesti laitoshoidossa. Mediauutiset 7.9.2009.

Paunio, R-L. 2009. Esitys somaattisessa terveydenhuollon toimintayksiköissä käytettävistä rajoitustoimenpiteistä. Dnro 1073/2/07.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisena. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Peruslakivaliokunnan mietintä PeVM 25/1994.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito- perusteet. Teoksessa Henttinen, K., Litja, A & Mattila, E (toim.). Kuuntele minua- mielenterveyshäiriöiden käytännön menetelmät. Helsinki: Tammi.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Päihdehuoltolaki 17.1.1089/41.

Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. Helsinki: Tammi.

Rogers, J. 2004. Aikuisoppiminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatus. Juva: WSOY.

Saarenpää, A. 2000. Potilas- oikeus- potilasoikeus. Teoksessa Sundman, E. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Saarnio, R. & Isola. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö- Onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY. Helsinki: Oppimateriaalit.

Saarnio, R., Isola, A. & Bacman, K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto.

Salo-Sirkiä, A. 2005. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta- seurantatutkimus. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Satakunnan Kansa 2011. Huittisten terveyskeskus sai huomautuksen. Satakunnan Kansa 24.2.2011.

Seppänen-Järvelä, R. 2007. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin- Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa: Seppänen-

Järvelä, R & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskää. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2011. Geriatrisen tuolin käytössä turvallisuusriski.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2007. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. Helsinki: Edita Oyj.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Suomen perustuslaki 11.6.1999./731.

Suomisanakirja. Sivistyssanakirja. 2011.

Stakes ja lääkehoidonkehittämiskeskus ROHTO. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpapereita 28/ 2006. Helsinki.

Suvanto, A-L. Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaanhoidossa - eettisen dilemman tarkastelua. Luento. Ruotsi: Karolinska Institutet.

Stoor, H. 2007. Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen ja pakkotoimet laillisuusvalvonnan näkökulmasta. Päätöseminaari- työkokous tahdosta riippumattomasta hoidosta ja pakkotoimista. STAKES.

Taipale, J & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä – katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede. Vol 14, s.167 -179.

Talja, M., Pylväs, S-L. & Heikkala, R. 2009. Ohje potilaan suojatoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa ja hoitolaitoksissa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.

Tietoyhteiskunnan kehittämiskeskus ry (TIEKE) 2004. Oppaat yritykselle.

Timlin, U & Kyngäs, H. 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Terveystieteen laitos. Oulun yliopisto. Hoitotiede. Vol. 20, no 4/2008, s.182- 191.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3., korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tolonen, L. 2011. Psykiatrinen pakkohoito ihmisoikeus- kysymyksenä – potilaiden asema ja valvontaelinten työ oikeusturvan toteuttajana. Oikeustieteen maisterin koulutusohjelman lopputyö. Lapin yliopisto.

Topo, P. 2011. Kiinni tuoliin vai seurantateknologiastako apua? Memo. Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti 2/ 2011. Suomen muistiasiantuntijat ry.

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Valo, M. 1994. Käsitukset ja vaikutelmat äänestä. Kuuntelijoiden arviointi radiopuheen äänellisistä ominaisuuksista. Studia Philologica Jyväskyläänsia 33. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2009. Potilaan itsemääräämisen suoja- ja rajoitustoimenpiteet. Sosiaali- ja terveysministeriön kannanotto.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2002. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 1998- 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1990- 2002. Etene- julkaisu 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE- julkaisu 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vakkuri, R. 2004. Dementiapotilaiden liikkumista rajoitetaan perusteettomasti. Dementiautiset 2/ 2004, 20 - 21.

Vilka, H. 2007a. Tutki ja kehitä. 1.- 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H: 2007b. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yhdistyneet kansakunnan yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus.

Taulukko 3. Tutkimustaulukko

Tekijä(t) ja julkaisun nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Alarvo- Messo Susanna</p> <p>2010</p> <p>Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen kuvaamana</p> <p>Tampereen yliopisto.</p> <p>Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata liikkumisen rajoittamista ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa gerontologista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää pitkäaikaisen laitoshoidon turvallisuutta ja sitä lisääviä keinoja.</p>	<p>Tutkimus on laadullinen, jonka aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua.</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 13 harkinnanvaraisesti valittua vanhainkotien asukkaiden perheenjäsentä.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan liikkumisen rajoittamiskeinoja olivat yleiset rajoitteet, kuten laitokseen asumaan muuttaminen, osaston ovien lukittuna oleminen ja tarpeenmukaisen avun saamisen rajoittaminen. Henkilökohtaiset rajoitteet joita käytettiin olivat sängynlaidat, haaravyö, geriatrinen tuli pöytälevyllä, magneettivyö ja omaan huoneeseen lukitseminen.</p> <p>Muita henkilökohtaisia rajoittamiskeinoja käytettiin ainoastaan muistamattomilla sekä liikuntakyvyltään heikoilla ikääntyneillä.</p> <p>Perheenjäsenet uskoivat rajoittamisen lisäävän turvallisuutta, olevan tarpeenmukaista, tilannekohtaista ja välttämätöntä.</p>
<p>Kontio, Raija</p> <p>2011</p> <p>Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals- towards evidence based clinical nursing.</p> <p>Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tukea näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä potilaan eristämissitomiskäytännöissä.</p>	<p>Tutkimus kerättiin vaiheittain</p> <p>1.vaihe: kvalitatiivinen, toteutettiin haastattelulla. 30:n potilaan kokemuksia eristämisen ja sitomiskäytännöistä sekä heidän kehitysehdotuksia.</p> <p>2.vaihe:kvalitatiivinen toteutettiin ryhmähaastattelu 27 hoitajille ja lääkäreille, heidän kehittämis- ja sitomiskäytännöistään.</p> <p>3.vaihe:kvantitatiivinen, kyseily 158 hoitajalle, eristämisen ja sitomiskäytännöistä annetun verkkokurssin vaikutuksista ammatilliseen osaamiseen,</p>	<p>Potilaiden kokemukset olivat pääsääntöisesti kielteiset, he kokivat ahdistusta, pelkoa ja yksinäisyyttä.</p> <p>Potilaat kertoivat saavansa eristämisen ja sitomistilanteen aikana vain vähän huomiota. Potilaiden esittämät kehittämis- ja sitomiskäytännöihin eivät toteutuneet käytännössä.</p> <p>Hoitajat kokivat eristämisen ja sitomisen ahdistavana ja eettisesti ristiriitaisena.</p> <p>Hoitajat ja lääkärit kuvasivat, että potilaat saivat eristämisen ja sitomistilanteissa liian</p>

Tekijä(t) ja julkaisun nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
		analysoitiin SPSS- ohjelmalla.	vähän huomioita. Verkkokurssin ja nykyisen koulutuskäytännön välillä ei havaittu tilastollisesti eroja
Mäki T & Valkonen R 2002 Potilaan itsemääräämisoikeus ja osastonhoitajan toiminta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.	Tarkoituksena oli selvittää potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista potilaiden kokemuksina ja osastonhoitajien käsityksinä sekä osastonhoitajien käsityksiä johtamistoiminoistaan.	Kyselytutkimus neljän aluesairaalan ja yhden kaupungin sisätauti- ja kirurgisensairaalan 266 potilasta ja 45 osastonhoitajaa kyseisiltä osastoilta sekä yhden yliopistollisen sairaalan vuodeosastojen osastonhoitajat, lukuun ottamatta lasten- ja psykiatrisen osastoilla työskentelevät. Kyselylomake oli strukturoitu kyselylomake, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Vastausprosentti oli potilailla 92 % ja osastonhoitajien kohdalla 85 %.	Potilaiden mielestä avunsääminen ei toteutunut hyvin. Osastonhoitajien käsitykset olivat positiivisempia kuin potilaiden kokemukset. Osastonhoitajien käsitykset hoitajien itsemääräämisen mahdollistavasta johtamistoiminnasta olivat yhtenäiset. Osastonhoitajat huolehtivat siitä, että hoitajilla oli riittävästi tietoa ja taitoa sekä tarjosivat työkiertoa ammatillisen kasvun tueksi ja pyrkivät mahdollistamaan hoitajien urakehityksen. Hoitajille annettiin mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan hoidossa. Lähes puolet osastonhoitajista esitti muutoksia harkiten, koska ne aiheuttivat muutosvastarintaa henkilökunnassa.
Naukkarinen, Eeva- Liisa 2008 Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa - Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopisto Hoitotieteen laitos. Väitöskirja	Tutkittiin potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutumista kirurgian poliklinikoilla.	Kyselytutkimus potilaille ja hoitajille	Potilaiden ja hoitajien mielestä itsemäärääminen on tärkeää. Tulosten mukaan potilaiden itsemäärääminen ja sen edellytykset toteutuivat kokonaisuudessa hyvin. Puutteita ilmeni koko hoitoketjun ajan, eikä potilaita tuettu riittävästi päätöksentekoon. Hoitajat kokivat itsemääräämisen toteutuvan erittäin hyvin.
Poikkimäki, Isabel 2004	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Lisäksi tutkimuksen tehtävä-	Kyselytutkimus; kyselylomake sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeisiin vastasi 83 potilasta (55 %)	Potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin hoitotyössä. Puutteita esiintyi

Tekijä(t) ja julkaisun nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa.</p> <p>Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Pro gradu tutkielma.</p>	<p>nä oli selvittää, miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita ja kuinka paljon potilaat ovat saaneet tietoa omaa hoitoa koskevista asioista pystyäkseen osallistumaan omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoidon aikana.</p>	<p>ja 111 (74 %) hoitajaa.</p>	<p>potilaiden mielestä tiedon- saannin eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutusta sekä mahdollisuuden osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa ja yksittäisyytensä huomioon ottamisessa arvioitiin puutteita.</p>
<p>Rosqvist, Eerika</p> <p>2003</p> <p>Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla.</p> <p>Oulun yliopisto</p> <p>Hoitotieteen ja terveyshälinnön laitos.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan suomalais- ten potilaiden kokemuksia yksityisyyden säätelystä yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikan vuodeosastoilla, henkilökohtaisen tilan avulla.</p>	<p>Tutkimus kerättiin vaiheittain:</p> <p>1.vaihe: kvantitatiivinen, toteutettiin strukturoiduilla 250 haastattelulla potilaita, analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Potilaan itsemääräämisoikeus suhteessa omaan kehoon koskeviin hoitotoimenpiteisiin toteutui parhaiten nuorten ja enemmän koulutettujen potilaiden kohdalla. Potilaat käyttivät verbalisia ja non-verbalisia viestittäen henkilökohtaisentilan suojaamiseksi.</p>
<p>Saarnio, Reetta</p> <p>2009</p> <p>Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa.</p> <p>Oulun yliopisto. Terveystieteellinen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan ja selitetään fyysisen rajoitteiden käyttöä vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja esimiesten näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus kerättiin vaiheittain:</p> <p>1.vaihe: kvantitatiivinen joka toteutettiin kyselylomakkeella, johon osallistui 1148 hoitohenkilökunnasta.</p> <p>2.vaihe: kvalitatiivinen, joka toteutettiin osallistuvan haastattelun ja ryhmähaastatteluiden perusteella. Osallistui 7 vanhusta, 7 omaista ja 16 hoitotyöntekijää ja 5 hoitotyön esimiestä.</p>	<p>Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yleistä laitoshoidossa, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vanhusten rajoittamiseen käytettiin suoria ja epäsuoria rajoittamismuotoja.</p> <p>Yleisimmät suora rajoittamisen muoto on ylösnostetut sängynlaidat (84 %).</p>
<p>Salo- Sirkkiä, A</p> <p>2005</p> <p>Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta -</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja verrata hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisen sitomisen yleisyydestä, syistä sekä kokemuksista.</p>	<p>Tutkimus osallistui 2kpl terveyskeskuksen osastoa, vanhainkoti sekä 2 kpl psykiatrisen sairaalan vanhusosastojen hoitohenkilökuntaa vuosina 1995 ja 2005 (N= 175).</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin</p>	<p>Tulosten mukaan suurin osa hoitajista kertoi sitomisen olevan päivittäinen toimenpide. Syitä sitomiseen oli hoitajasta, potilaasta sekä toimintaympäristöstä johtuvia. Potilaan kohdalla päällimmäiseksi nousi kaatumisen riski, muistamattomuus sekä</p>

Tekijä(t) ja julkaisun nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>seurantutkimus.</p> <p>Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Pro gradu.</p>		<p>kyselylomakkeilla.</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Eri ryhmiä vertailtiin ristiintaulukoin. Näiden ryhmien keskiarvojen erojen analysoinnissa käytettiin MannWhitney- testiä. erojen merkitsevyystasoa tarkasteltiin Pearsonin khi-kertoimella.</p>	<p>potilaan vaeltelu. Hoitajien kohdalla todettiin tiettyjen hoitajien sitovan enemmän kuin toiset. Hoitajan iällä ja työkokemuksella ei ollut merkitystä sitomiseen. Myöhemmin toteutetussa otoksessa suurempi osuus arvioi pitemmän koulutuksen omaavien hoitajien sitovan useammin kuin lyhyemmän koulutuksen saaneet hoitajat. Toimintaympäristöstä johtuvia syitä olivat arkkitehtoni- nen rakenne sekä hoitohenkilökunnan vähäinen määrä. Vuonna 2005 tutkimuksessa merkittävästi suurempi osa hoitajien mielestä osastojen toimintalinjalla ei ollut vaikutusta sitomiseen.</p> <p>Molemmissa tutkimuksessa vastaajien kokemukset potilaan sitomisesta olivat pääosin kielteiset. Potilaan sitominen herätti hämmennystä sekä ristiriitaisia tunteita vähemmän 2005, kuin vuonna 1995 tehdyssä tutkimuksessa.</p>
<p>Suhonen Jaana</p> <p>2007</p> <p>Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoiton aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista</p> <p>Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden sisällöstä ja sen toteutumista sairaalahoiton aikana.</p>	<p>Tutkimus on laadullinen, joka kerättiin teemahaastattelemalla kahdeksaa psykiatrisessa hoidossa olevaa potilasta (N= 8). Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysia soveltaen.</p>	<p>Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus toteutui pääsääntöisesti hyvin. Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus koostui potilaan kunnioittamisesta, tulla kuulluksi ja osallistua omaan hoitoon kuuluviin päätöksiin.</p> <p>Tiedonsaanti, ystävällinen kohtelu sekä keskusteluajat hoitohenkilökunnan kanssa eivät toteutuneet hyvin. Mielipiteiden ilmaiseminen, potilaat kokivat saavansa vaihtelevasti. Päätöksentekoon potilaat saivat osallistua vaihtelevasti, pääsääntöisesti riittävästi.</p>
<p>Tuohimäki, Carita</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin tahdosta riippumattoman hoidon määrää ja laatua psykiatrisessa sairaalahoidos-</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin</p>	<p>Miehiä eristettiin hieman yleisemmin kuin naisia. Naisten eristys edellytti</p>

Tekijä(t) ja julkaisun nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>2007</p> <p>The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy.</p> <p>Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>sa.</p>	<p>vaiheittain:</p> <p>1.vaihe: kvantitatiivinen. Kaikki 6 kuukauden aikana tutkimussairaaloihin tulleiden potilaiden tiedot.</p> <p>2.vaihe kvantitatiivinen haastattelututkimus 50 tahdosta riippumattomalla läheteellä tullutta ja heille 50 vapaaehtoisesti tullutta.</p> <p>Haastattelututkimuksessa käytettiin strukturoitua lomaketta.</p>	<p>ajankohtaista väkivaltaisuu- den ja miehillä suurin syy oli uhkaavan väkivallan vuoksi.</p>
<p>Ukonmaanaho, Ulla</p> <p>Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä</p> <p>2006</p> <p>Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat arvioivat hallittu hoidollinen rajoittaminen – toimintamallin toteutumista psykiatrisessa hoitotyössä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa. Tavoitteen oli saada tietoa toimintamallista, sen käytöstä ja toimivuudesta hoitajien arvioimana.</p>	<p>Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen kyselylomake, joka sisälsi strukturoituja ja yhden avoimen kysymyksen. Kysely osoitettiin 274 työtekijälle, jotka olivat käyneet koulutuksen.</p> <p>Vastausprosentti oli 54 %.</p>	<p>Yleisin syy potilaan rajoittamiseen on aggressiivisuus. Potilaan rauhoittamisessa henkilökunta käytti yleisemmin keskustelua, läsnäoloa ja tarvittavaa lääkitystä. Lisäksi potilas ohjattiin toisiin tiloihin tai häntä tuettiin rauhoittamaan itse. Äärimmäisenä keinona käytettiin fyysistä kiinnipitämistä tai leposideeristystä.</p> <p>Fyysisen rajoittamisen tekniikat onnistuivat pääsääntöisesti hyvin ja niitä käytettiin.</p>

Saatekirje kartoittava kyselylomakkeen mukana hoitohenkilökunnalle

Saatekirje 2.3.2012

Arvoisa vastaaja,

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana on Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Teen opinnäytetyötä teidän osastoillanne 1 ja 3:lla. Opinnäytetyön aiheena on ”Potilaan fyysinen rajoittaminen akuutilla vuodeosastolla päivittäisessä hoitotyössä”.

Opinnäytetyössä on tarkoitus perehtyä teoritietoon, minkä pohjalta työstetään ja järjestetään koulutustilaisuus hoitohenkilökunnalle osastoille myöhemmin ilmoitettuna ajankohtana huhtikuussa. Lisäksi tarkoitus on tehdä kartoittava kysely hoitohenkilöstölle. Kyselyn antamien vastausten ja tulosten perusteella suunnitellaan koulutuksen materiaali, joka pohjautuu ja nojautuu tämän hetkiseen teoritietoon ja tutkimuksiin. Vastaamalla annatte arvokasta apua opinnäytetyöni onnistumiseksi.

Palauttamanne kyselylomake käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisenä. Kartoittavan kyselyn tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisten vastaajan tiedot eivät ole tunnistettavissa tuloksista. Vastatkaa alla oleviin kysymyslomakkeeseen ohjeiden mukaan. Palautus osastolle olevaan (osoitettuun) laatikkoon suljetussa kirjekuoressa. Pyydän teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä viimeistään **6.4.2012** mennessä.

Kiitos vastauksista jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Päiväys 2.3.2012

Mira Salminen
mira.salminen@student.kyamk.fi

Kartoittava kyselylomake hoitohenkilökunnalle
KYSELYLOMAKE

Hyvä vastaaja!

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin 1- 10 ympyröimällä parhaiten omaa tilannetta kuvaava vaihtoehto. Kysymyksessä 11 kirjoita vastauksesi sille varatuille riville, halutessasi voit jatkaa vastaustasi lomakkeen kääntöpuolelle.

Ympyröi oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero

1. Koulutus

- 1 Sairaanhoitaja
- 2 Lähihoitaja/ perushoitaja
- 3 Muu, mikä _____

2. Ikä _____ vuotta

3. Työkokemus _____ vuotta

4. Työkokemus nykyisessä työssä _____ vuotta

5. Millaisia eri fyysisen rajoittamisen muotoa olette käyttäneet?

- 1 Ylösnostetut sängynlaidat
- 2 Geriatriinen tuoli ja pöytälevy
- 3 Pyörätuoli + vyö
- 4 Tavallinen tuoli+ vyö

5 Turvaliivi

6 Magneettivyö

7 Huoneen oven lukitseminen

8 Muu, mikä? _____

6. Kerro ja arvioi kuinka usein olette viimeisen vuoden aikana oman työvuoron aikana joutunut rajoittamaan potilasta.

1 ei yhtään kertaa

2 muutaman kerran vuodessa

3 kuukausittain

4 viikoittain

5 päivittäin

7. Millä perustelette päätöstänne rajoittaa fyysisesti potilasta?

1 potilas vaaraksi itselle tai toisille

2 turvallisuuden takaamiseksi

3 potilaan suojeleminen (esim. karkailu)

4 häiritsee muita käytöksellään

5 potilaan sairaus (esim. muistisairaus)

6 omaisen pyynnöstä

7 rutiininomaisuus/ totuttu tapa

8 hoitohenkilökunnan vähyys

9 laki, mikä/mitkä? _____

10 jokin muu, mikä? _____

8. Miten mielestänne hallitsette potilaan rajoittamista vaativat tilanteet?

1 en hallitse lainkaan

2 hallitsen jonkin verran

- 3 hallitsen kohtalaisesti
- 4 hallitsen hyvin
- 5 hallitsen erittäin hyvin

9. Koetteko olevanne epävarma potilaan rajoittamistilanteissa

1 En

2 Kyllä, miksi? _____

10. Koetteko tarvitsevan lisätietoa tai lisäkoulutusta asiasta?

1 Ei

2 Kyllä, miksi _____

11. Kertokaa lyhyesti millaisissa tilanteissa olette joutunut rajoittamaan potilasta ja minkä tyyppiselle potilaalla, mitkä olivat ne syyt, jotka johtivat potilaan rajoittamiseen. Kertokaa konkreettinen esimerkki työstänne.

KIITOS MIELENKIINNOSTA JA KYSELYYN VASTAAMISESTA!

Taulukko. Koulutuksen tuntisuunnitelma

TUNTISUUNNITELMA			
Sisältö	Aika	Opetusmenetelmät	Opetusvälineet/ materiaali
AVAUS motivointi tunnin sisältö ohjeistus palautekyselylle	10 min.	Luento	PowerPoint- esitys, kuvat
KARTOITTAVAN KYSELYN TULOKSET	20 min	Aktiivinen luento	PowerPoint- esitys kaaviot
POTILASTURVALLISUUS	5 min.	Luento	PowerPoint- esitys/ poti- las kokemuksia
ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS	10 min.	Luento	PowerPoint- esitys/ poti- las kokemuksia
RAJOITTAMINEN määritelmä lait/ ohjeet eri muodot	15 min.	Luento	PowerPoint- esitys kuvat
FYYSINEN RAJOITTAMI- NEN määritelmä perustelut altistavat tekijät haitat sängyn laitojen noston luvalli- suus PHSOTEY:n ohjeistus dokumentointi rajoittamistilan- teissa yhteenveto vähentämisen keinot	20 min.	Luento	PowerPoint- esitys, kuva kaavio kaavake
LOPETUS palautelomakkeen palautus	10 min.	Luento	PowerPoint- esitys, kuva ja palautelomake
	Yhteensä 90min		

**POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN
AKUUTILLA VUODEOSASTOLLA PÄIVIT-
TÄISESSÄ HOITOTYÖSSÄ
- KOULUTUSTILAISUUS**

Aika: Keskiviikkona 18.4.2012 klo 14:00- 15:30

Paikka: Terveyskeskuksen alakerrassa luolastossa
ATK- koulutustiloissa

Järjestäjä: Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sai-
raanhoitajaopiskelija Mira Salminen

Aiheina mm.

- Itsemääräämisoikeus
- Potilasturvallisuus
- Potilaan rajoittaminen
ja sen muodot
- Lait ja ohjeistukset
- Fyysisen rajoittamisen
 - ilmenemismuodot
 - perustelut
 - vaarat
- Kartoittavan kyselyn tulokset

TERVETULOA !

LISÄINFO: Mira Salminen

mira.salminen@student.kyamk.fi

POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN AKUUTILLA VUODEOSASTOLLA PÄIVITTÄISESSÄ HOITOTYÖSSÄ

Koulutus terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja
3 hoitohenkilökunnalle

Mira Salminen 18.4.2012

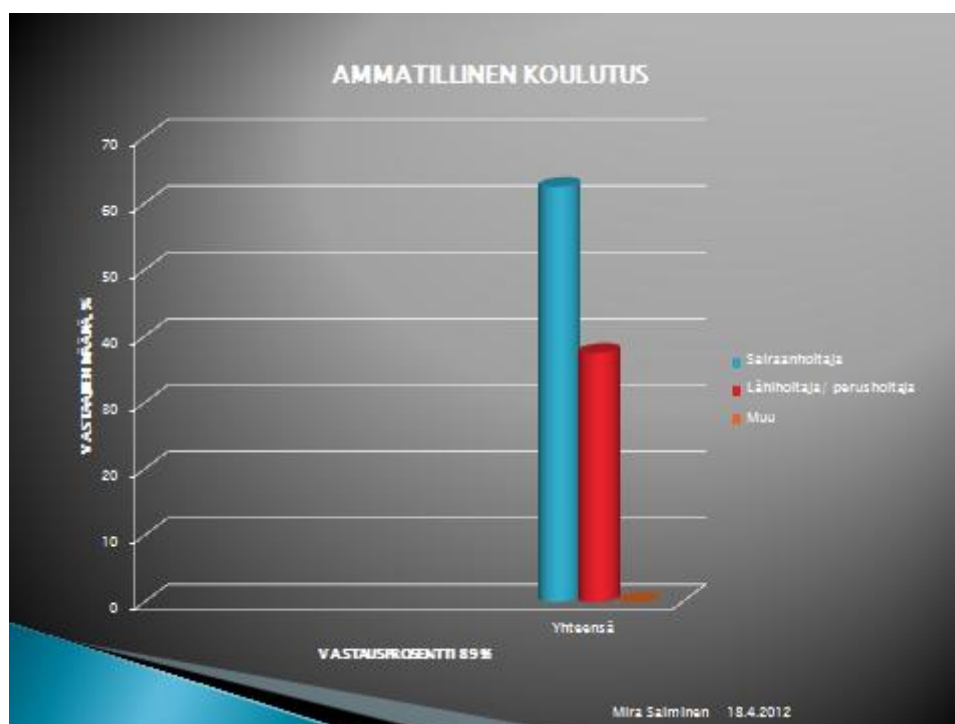
SISÄLTÖ

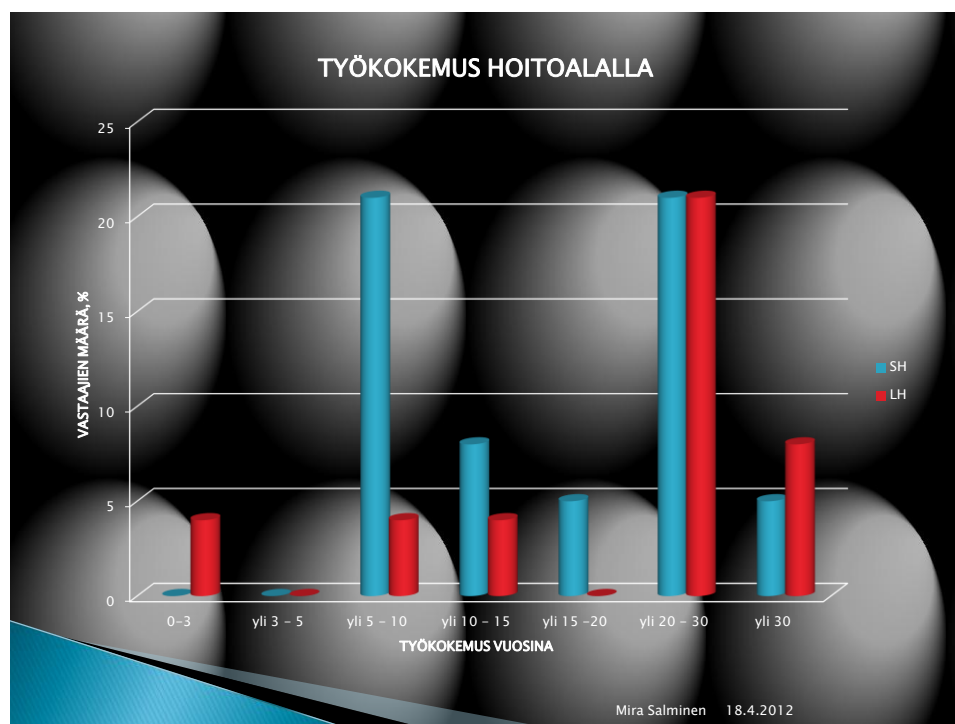
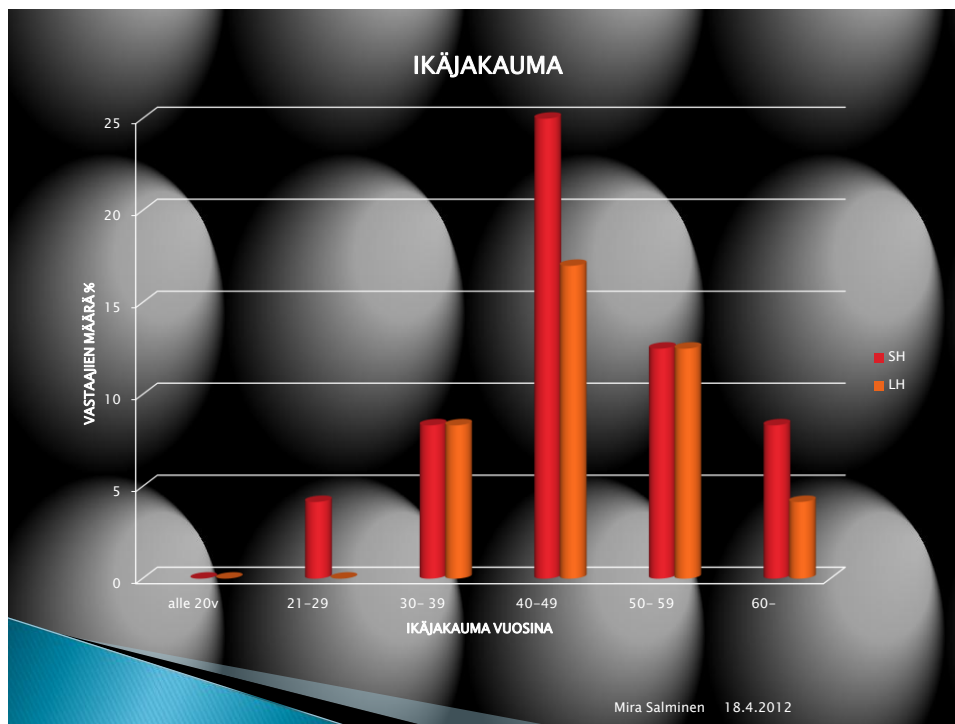
- ▶ Kartoittava kyselyn tulokset
- ▶ Potilasturvallisuus
- ▶ Itsemääräämisoikeus
- ▶ Rajoittaminen ja sen muodot
- ▶ Lait ja ohjeistukset
- ▶ Fyysinen rajoittaminen
 - ilmenemismuodot
 - perustelut
 - haitat
 - vähentämisen keinot

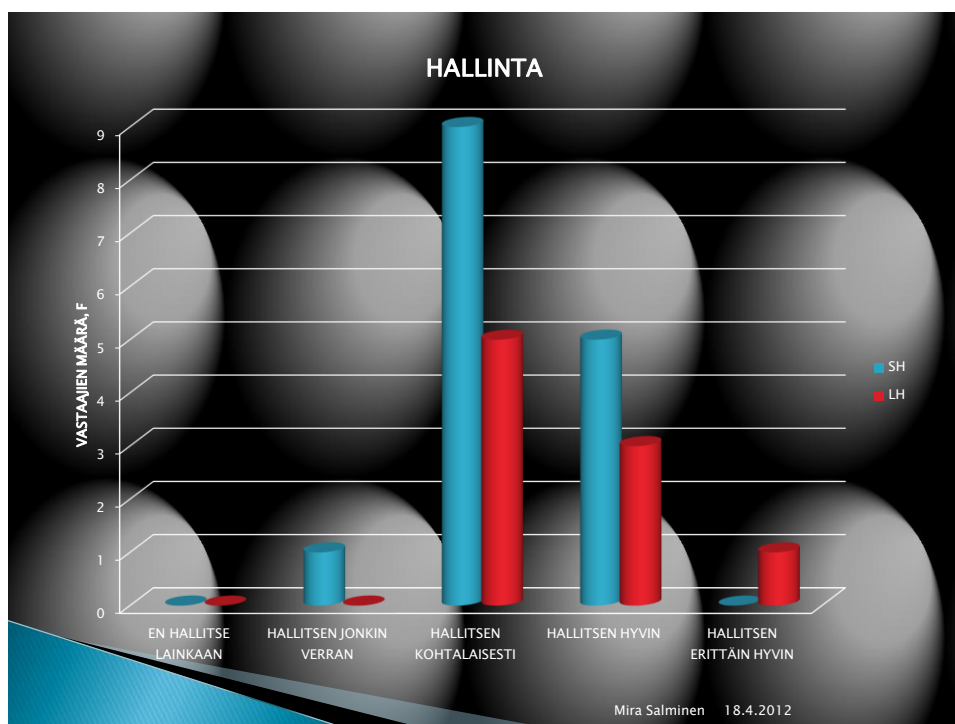
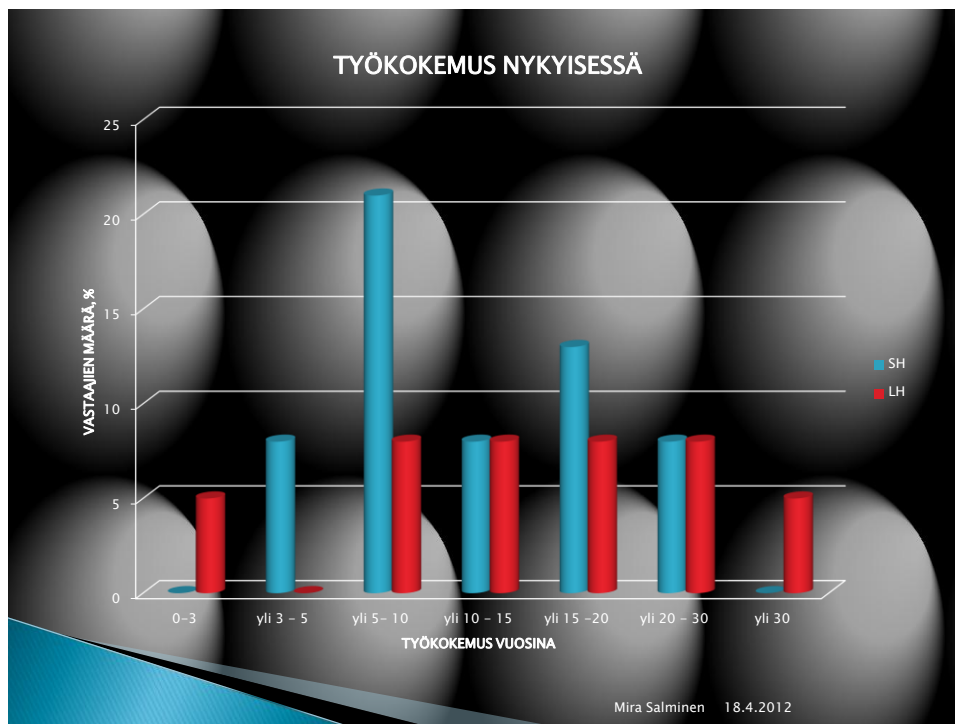


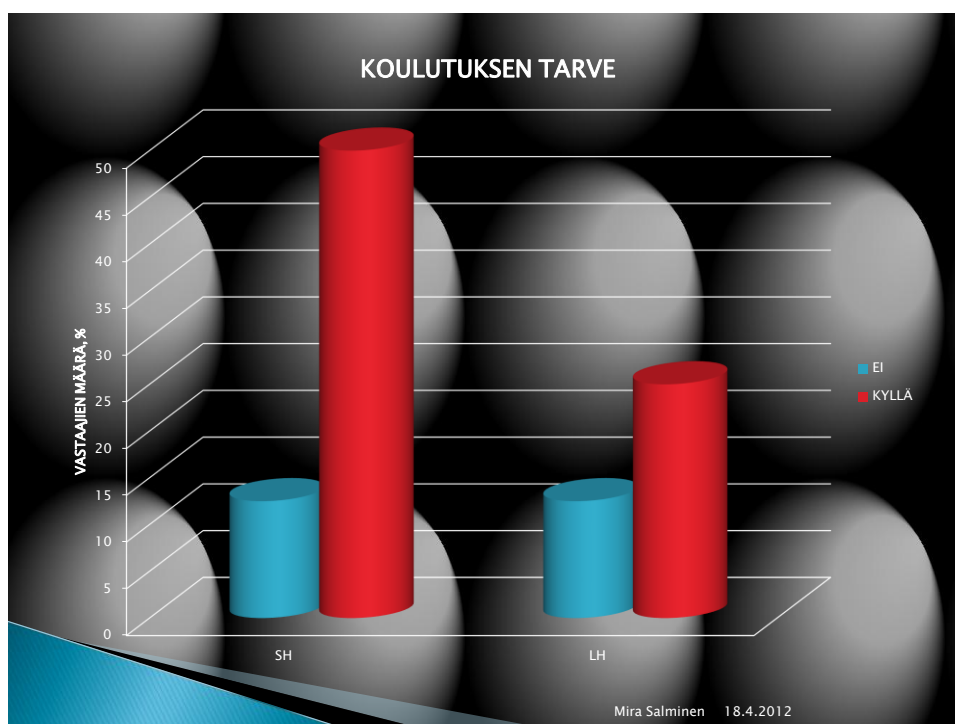
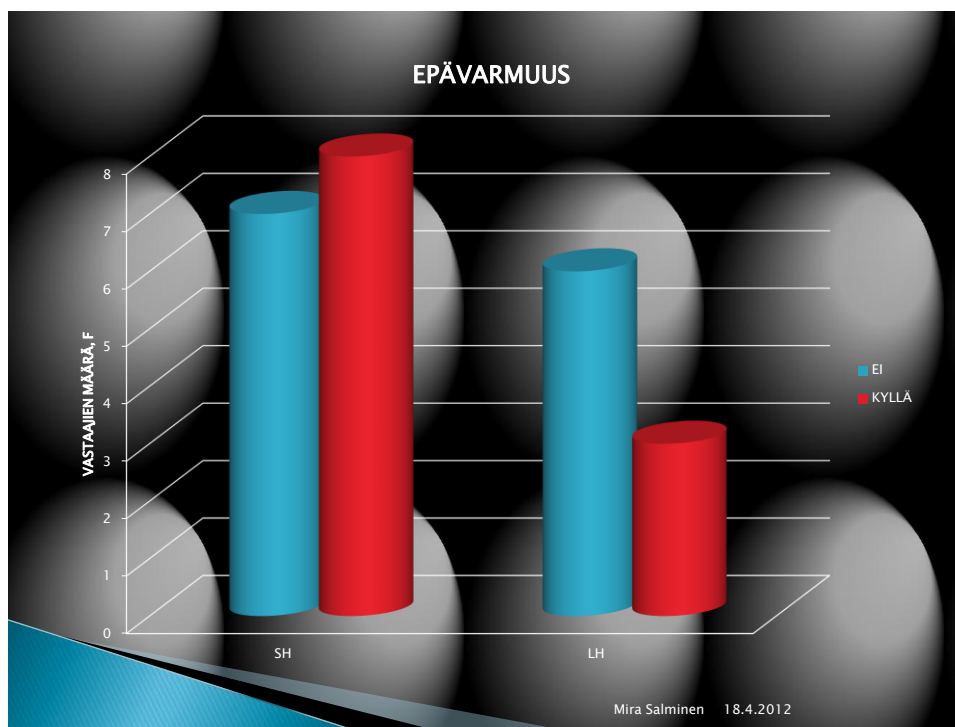
Mira Salminen 18.4.2012













YLEISYYS

- ▶ Käyttö erittäin merkittävästi yhteydessä laitosten muotoon, asiakasmäärään ja merkittävästi ammatilliseen koulutukseen.
- ▶ Yleisimmin käytettiin terveyskeskusten vuodeosastoilla, vähiten pienissä alle 20 paikkaisissa yksiköissä
- ▶ Lähi/ perushoitajista 90 % ja sairaanhoitajista 56 %
- ▶ Rutiininomaisesti yleisimmin rajoitteita asetti perus/ lähihoitajat
- ▶ Keskimäärin 6 kohdalla käytetty

FYYSISEN RAJOITTAMISEN ILMENEMISMUOTOJA

- ▶ Saarnio ym. (2009):
 - 88 % hoitolaitoksista/työyksiköistä käyttänyt fyysistä rajoittamista edellisen viikon ajan
- Tavallisimmat rajoitteet
 - ylösnostetut sängynlaidat (84 %)
 - geriatrinen tuoli ja pöytälevy (75 %)
 - pyörätuoli + vyö 64 %
 - tavallinen tuoli+ vyö (33 %)
 - turvaliivi (22 %)
 - magneettivyö (14 %)
 - lepositeet 12 %
 - huoneen oven lukitseminen (7 %)



Lähde: YLE 2011/b

Mira Salminen 18.4.2012

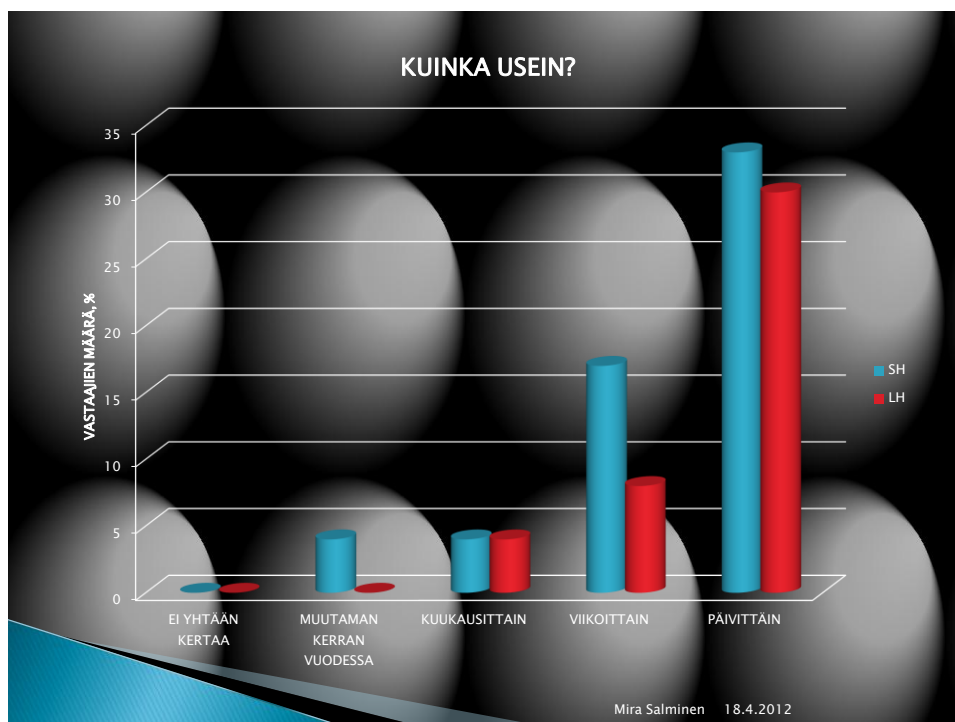
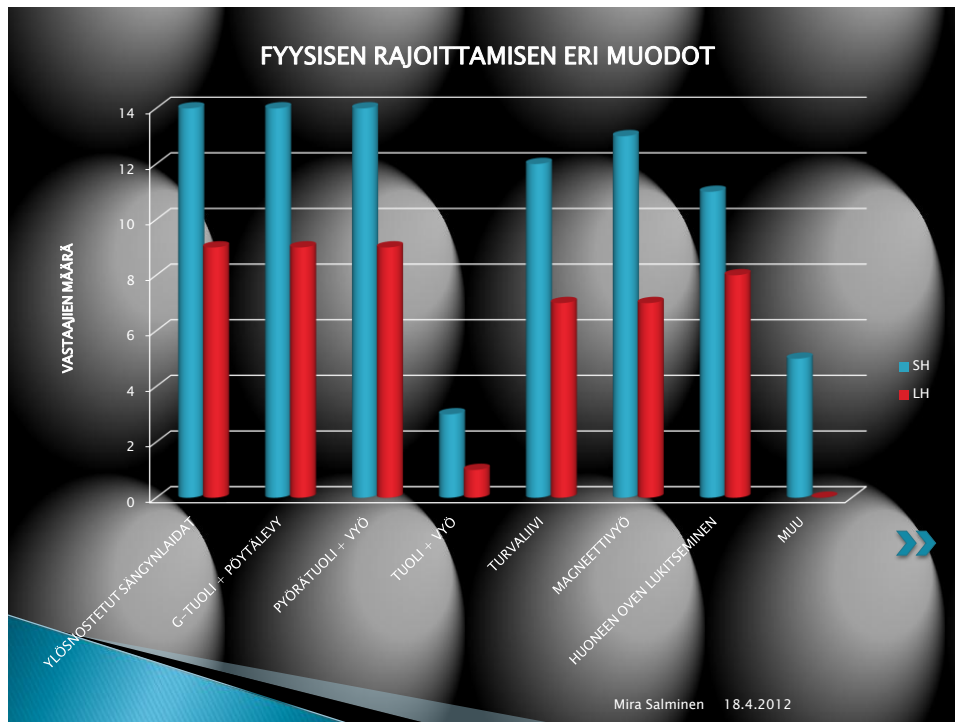
LISÄKSI

- 9 % käytti seuraavia rajoitteita
 - ▶ Haaravyötä ja turvapeittoa
 - ▶ Toinen tai molemmat kädet sidottuina kiinni sängynlaitoihin tai suihkulavetin laitaan
 - ▶ Peiton reunat patjan alle
 - ▶ Pyörätuoli asetettiin pöytään kiinni
 - ▶ Sidottiin kiinni vyöllä wc- istuimelle



Lähde: Microsoft Office 2012

Mira Salminen 18.4.2012

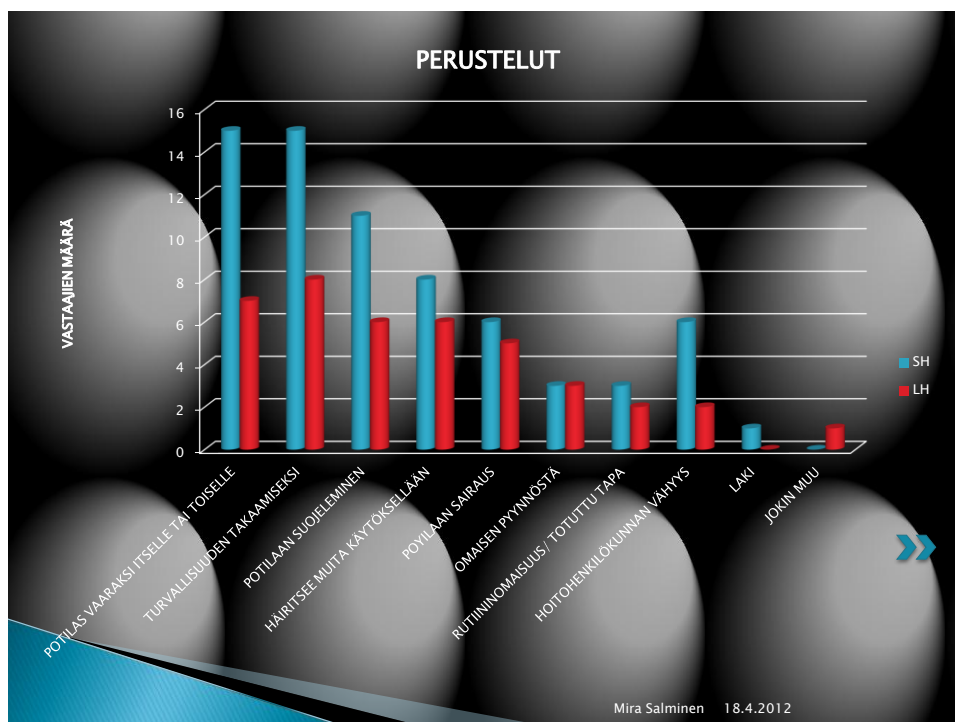


PERUSTELUT

- potilaan turvallisuus
- hän on vaaraksi itselleen ja toisille
- sairaudet esim. muistisairaudet
- hän häiritsee ympäristöään
- sekavuus
- aggressiivisuus
- päihteet

- toimintakyvyn heikkeneminen
- kaatumiset → lonkkamurtumat
- hoitajat toimivat rutiininomaisesti
- henkilökunnan vähyys

Mira Salminen 18.4.2012



KYSYMYS 11 NOUSEET ASIAT

- ▶ aggressiivisuus
- ▶ sekavuus
- ▶ levottomuus
- ▶ vaaraksi itselle tai muille
- ▶ muistamaton
- ▶ karkailu
- ▶ häiritsee muita
- ▶ jalkojen kantamattomuus/ toimintakyvyn aleneminen
- ▶ yöaika
- ▶ hoitohenkilökunnan riittämättömyys
- ▶ laidat
- ▶ g-tuoli vyöllä+ ja/ tai pöytä
- ▶ pyörätuoli vyöllä
- ▶ huoneeseen sulkeminen
- ▶ hoitotoimenpiteen onnistuminen

Mira Salminen 18.4.2012

POTILASTURVALLISUUS

- ▶ Hoitotyössä keskeinen arvo ja tavoite.
- ▶ Käsitteenä kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitys- ja laiteturvallisuuden ja se on osa hoidon laatua.
- ▶ Potilaan pitää saada tarvitsemansa oikeanlainen hoito, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.
- Potilaan kokemat turvallisuuteen vaikuttavat tekijät esim.
 - ▶ Perustarpeista huolehtiminen
 - ▶ Hoitajien saatavuus
 - ▶ Luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan
 - ▶ Ystävällisyys
 - ▶ Hyvä vuorovaikutus

Mira Salminen 18.4.2012

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

- ▶ Potilaan oikeutta itse päättää hänen henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta omasta elämästä määräämistä ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamista.
- ▶ Ymmärtää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun.
- ▶ Lakeja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta
 - ❑ Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
 - ❑ Kansainvälinen ihmisoikeussopimus
 - ❑ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8. 1992/758
 - Eettiset ohjeet

Mira Salminen 18.4.2012

KOKEMUKSET

- ▶ Kunnioittava kohtelu ja tulla kuulluksi
 - esim. saada tietoa sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista
 - hoitohenkilökunnan toiminta ammattitaitoista ja ystävällistä
- ▶ Osallistua päätöksentekoon
 - keskustella lääkärin ja hoitajien kanssa säännöllisesti
 - osallistua päätöksen teossa esim. lääkitystä koskien

Mira Salminen 18.4.2012



RAJOITTAMINEN

- ▶ tarkoitetaan potilaaseen kohdistuvia perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä, jotka viittaavat hoidon aikana toteuttaviin toimenpiteisiin, kuten pakotetta, sitomista ja rajoittamista. (Saarnio 2009; Saarnio & Isola 2009)

Rajoittamiseen oikeuttavat lait

- ▶ Mielenterveyslaki 14. 12. 1990/1116
- ▶ Päihdehuoltolaki 17.1.1986/741

Vähemmän käytettyjä:

- ▶ Tartuntatautilaki 25.7.1986/583
- ▶ Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519

Mira Salminen 18.4.2012

RAJOITTAMISEN ERI MUODOT

- Psyykinen
- Kemiallinen
- Teknologinen/ ympäristö
- Fyysinen



Mira Salminen 18.4.2012

PSYYKKINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Tarkoitetaan sitä, että hoitohenkilökunta kertoo potilaalle koko ajan mitä saa tehdä ja mitä ei (esim. nukkumaan meno)
- ▶ Tarpeellisten varusteiden, kuten esim. silmälasien, liikkumisen apuvälineiden ja vaatteiden pois ottamisella.



Mira Salminen 18.4.2012

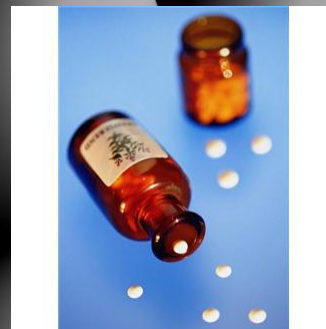
TEKNOLOGINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Teknologinen/ ympäristöön liittyvä rajoite on ympäristön suunnittelemista sellaiseksi, että se estää henkilön vapaan liikkumisen, esimerkiksi ovien automaattiset lukitukset.
- ▶ Teknologisina rajoitteina voidaan käyttää erilaisia valvontalaitteita.

Mira Salminen 18.4.2012

KEMIALLINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Tarkoitetaan potilaan rauhoittamista lääkityksellä. Potilaalle määrätty tarpeen mukaan annettavaksi rauhoittavat lääkkeet, joiden avulla on tarkoituksena muuttaa potilaan käytöstään rauhallisempaan suuntaan.
- ▶ Potilasta voidaan lääkittää niin, että hän ei jaksakaan tai halua liikkua.



Microsoft Office/ClipArt 2012

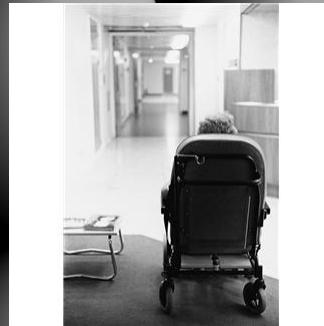
Mira Salminen 18.4.2012

FYYSINEN RAJOITTAMINEN

Mira Salminen 18.4.2012

FYYSINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Mitä tahansa puuttumista, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta erilaisin välinein ja materiaalein tapahtuvaa kiinnittämistä siten, että henkilön vapaa liikkuminen estetään tai rajoitetaan.
- ▶ Potilaan pitämistä käsivoimin paikalla, esim. tuolissa tai estämällä henkilöä liikkumasta tai pakottamalla hänet liikkumaan toiseen paikkaan.



Lähde: Microsoft Office / ClipArt 2012

Mira Salminen 18.4.2012

FYYSINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Määritelmä
 - vartalossa oleva tai irrallinen manuaalinen menetelmä, jolla estetään potilaan liikkuminen, esim.
 - sängynlaidat yksin tai lisäksi magneettivyö, turvaliivit, rannepidikkeet, vuodevaatteet
 - geriatrinen tuoli, pyörätuoli, tuoli + pöytälevy tai vyökiinnitys tai turvaliivi
- Hoitajan voiman käyttö



Mira Salminen 18.4.2012

MILLOIN SAA KÄYTTÄÄ?

- ▶ Siinä määrin kun potilaan tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus tai edun turvaaminen välttämättä vaatii.
- ▶ Ei ole käytettävissä muita keinoja tai ne on riittämättömiä.
- ▶ Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen
- ▶ Toimenpiteiden on oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.



Mira Salminen 18.4.2012

MILLOIN...?

- ▶ Potilasta saadaan hoitaa vastustuksesta huolimatta, jos:
 - Henkeä tai terveyttä uhkaavan vakavan vaaran torjumiseksi.
 - Hoitamatta jättämisestä voisi aiheutua potilaalle vakava pysyvä muu kuin kosmeettinen haitta.
 - Vaihtoehtoista tapaa toteuttaa hoito yhteisymmärryksessä ei ole käytettävissä.



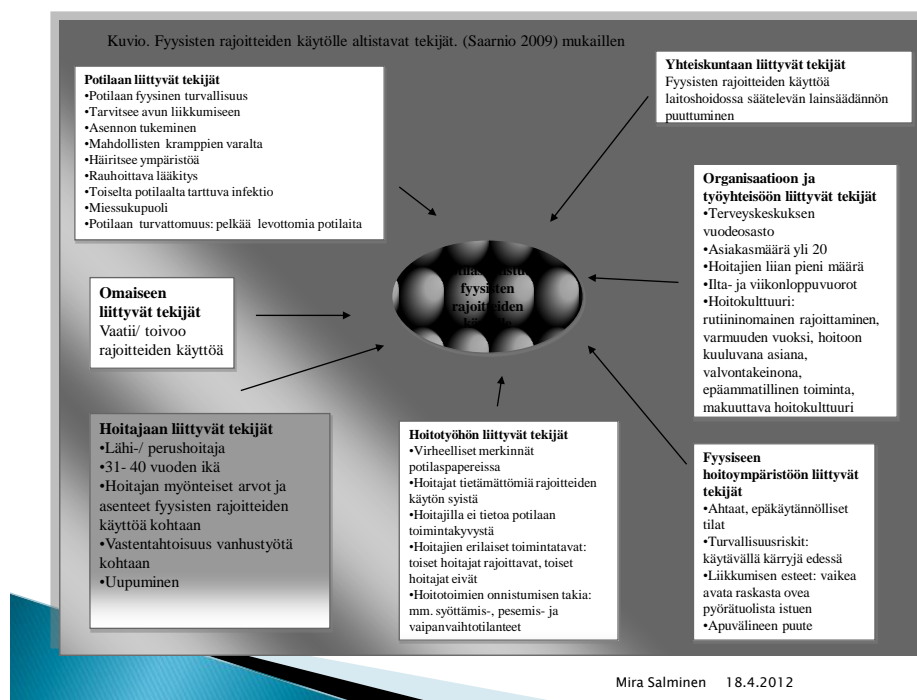
Mira Salminen 18.4.2012

FYYSINEN RAJOITTAMINEN

- ▶ Hoidosta päättää potilaan hoitava lääkäri joka tekee päätöksen rajoittamisesta.
- ▶ Akuutissa tilanteessa hoitohenkilökunta saa aloittaa, mutta on ilmoitettava hoitavalle lääkärille, joka päättää rajoittamisen jatkumisesta.
- ▶ Päätös aina määräaikainen ja yksityiskohtainen.
- ▶ Rajoittaminen ei saa korvata hoitohenkilökunnan määrää
- ▶ Rajoittaminen ei saa olla rangaistusta.



Mira Salminen 18.4.2012



HAITAT

- ▶ Fyysisten rajoitteiden käyttö saattaa olla hyvinkin haitallisia.
- ▶ Altistaa läheltäpiti- ja vaaratilanteille
- ▶ Aiheuttaa eriasteisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja mm.
 - liikkumattomuus
 - inkontinenssia
 - painehaavaumia
 - agitaatiokäyttäytymistä
 - lääkkeiden käytön lisääntyvyys
 - altistaa infektioille
 - laitostuminen
 - vakaville vammoille
 - ennenaikainen kuolema

SÄNGYNLAIDAT

- ▶ Tarkoituksena on estää liikkuminen, eikä potilas itse niin halutessa voi vaikuttaa laitojen laskemiseen tai poistamiseen.
- ▶ On rajoittamista, jos potilaalla käytetään ylösnostettuja molemmanpuolisia kokolaitoja tai neljää puolilaitaa.
- ▶ Potilaan omasta toiveesta käytettynä ei ole rajoittamisväline.
- ▶ Toiselle laitojen nosto on rajoittamista, kun taas toiselle turvallisuutta.
- ▶ Suurin osa hoitajista, potilaista ja omaisista ei miellä sängynlaitoja fyysiseksi rajoittamismuodoksi.

Mira Salminen 18.4.2012

PHSOTEY OHJEISTUS

- ▶ Välttämättömiä sairauden hoidon, turvallisuuden turvaamiseksi.
- ▶ Vasta kun muut hoidolliset toimenpiteet eivät ole riittäneet, onnistuneet tai mahdollista esim. keskustelu ja lääkehoito → viimeinen keino
- ▶ Suorittaa turvallisesti, inhimillisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen.
- ▶ Ei saa olla rankaisutoimenpiteenä
- ▶ Lääkäri tekee päätöksen
- ▶ Käytetään aina lääkärin luvalla
- ▶ Arviointi
- ▶ Valvonta ja seuranta
- ▶ Oikeat välineet
- ▶ Määräaikainen
- ▶ Asianmukainen dokumentointi

Mira Salminen 18.4.2012

DOKUMENTOINTI

Potilasasiakirjoihin kirjattava rajoittaessa:

- Käytetty rajoitustoimenpide
- Alkamis- ja päättymisajankohta
- Rajoitustoimenpiteen peruste ja tarpeellisuus → säännöllisesti
- Valvonnan tarpeellisuus
- Ilmoittaminen potilaalle
- Päätöksentekijä
- Suorittaja/ suorittajat

Mira Salminen 18.4.2012

KAAVAKE

SUOJATOIMENPIDE: LEPOSITEISSÄ OLEVAN POTILAAN SEURANTA		SUOJATOIMENPITEEN JATKUVUUDEN TARKISTAMINEN		
Potilaan nimi ja henkilötunnus:				
Lepositeiden käytön perusteet:		Lepositeiden laitossa olleet hoitajat:		
Lepositeiden käyttöluvan antanut lääkäri:				
Lepositeiden käyttö alkoi _/_20_ Klo _:_				
Lepositeiden käyttö loppui _/_20_ Klo _:_				
Lepositeiden käytöstä informoitu omaisia/ läheisiä : _/_20_				
Lepositeiden käytön vaikutus potilaaseen sitomisen loputtua:				
Lääkäriin allekirjoitus: _____				
PÄIVÄMÄÄRÄ	KLO	LÄÄKÄRIN NIMI		

Mira Salminen 18.4.2012

KA AVAKE

HUOMIOT TEHTÄVÄ LEPOSITEIDEN LAITOSTA AINA YHDEN (1) TUNNIN VÄLEIN			
Päivä	Klo	Hoitajan koko nimi	Potilaan tila, asentohoidot, lepositeiden poistoyritykset ym.

Mira Salminen 18.4.2012

YHTEENVETO

- ▶ Yksilöllinen arviointi
- ▶ Lääkäri päätöksentekijänä
- ▶ Haittojen ja hyötyjen puntarointi
- ▶ Asianmukaisella välineellä ja käyttöohjeiden mukaisesti
- ▶ Dokumentoiminen potilasasiakirjoihin
- ▶ Riittävä valvonta
- ▶ Potilaan ja omaisen kuuleminen
- ▶ Lopettaminen heti, kun se ei ole välttämätöntä

Lääninhallitus valvoo laatua ja mm. potilaan asemaa ja oikeuksiin liittyvät asiat esim. rajoitteiden käyttöä

Mira Salminen 18.4.2012

VÄHENTÄMISEN KEINOJA

- ▶ ennakoinnin tärkeys
- ▶ potilasmäärä
- ▶ oikea hoitopaikka
- ▶ liikkumista tukevien hoitokeinojen hallitseminen
- ▶ apuvälineet ja niiden saatavuus
- ▶ hoitoympäristön turvallisuus
- ▶ henkilöstön määrää, laatu ja kuormittavuus
- ▶ hoitohenkilökunnan tiedot, taidot, ja asenteet
- ▶ hyvä ammattitaito
- ▶ hoitohenkilökunnan käyttäytyminen
- ▶ oikea tietämys esim. muistisairauksista
- ▶ työyhteisön yhteistyö
- ▶ hyvä työilmapiiri
- ▶ yksittäisen työntekijän valmiudet ja keinot
- ▶ osastokohtaiset kehittämis- ja henkilökunnan koulutukset

Mira Salminen 18.4.2012

KIITOS MIELENKIINNOSTA!



Mira Salminen 18.4.2012

Lähde: Heikkinen 2007.

LÄHTEET

- ▶ Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.
- ▶ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- ▶ Lähihoitajan eettiset ohjeet 1996/ 2000.
- ▶ Lääkärin eettiset ohjeet. Lääkäriliitto.
- ▶ Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 1116.
- ▶ Päihdehuoltolaki 17.1.1989/41.
- ▶ Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteellinen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.
- ▶ Saarnio, R. & Isola. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö- Onko vaihtoehtoja? Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.). WSOY. Oppimateriaalit.
- ▶ Saarnio, R., Isola, A. & Bacman, K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44.
- ▶ Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoidajaliitto.
- ▶ Suomen perustuslaki 11.6.1999./731.
- ▶ Talja, M., Pylväs, S-L. & Heikkala, R. 2009. Ohje potilaan suojatoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa ja hoitolaitoksissa. Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- ▶ Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.

Mira Salminen 18.4.2012

LÄHTEET

Koulutuksen Power Pointissa käytettyjen kuvien lähteet

- ▶ Microsoft Office 2012.
- ▶ Kalvo 15. Kemiaallinen rajoittaminen. Kuvan nro MP900337311. Saatavissa <http://office.microsoft.com/fi-fi/images/results.aspx?qu=terveydenhoito#ai:MP900337311>
- ▶ Kalvo 16. Fyysisen rajoittamisen ilmenemismuotoja ja lisäksi. Kuvan nro MP900406798. Saatavissa <http://office.microsoft.com/fi-fi/images/results.aspx?qu=terveydenhoito#ai:MP900406798>
- ▶ YLE 2011. Potilaat lääkittiin hiljaiseksi Huittisissa. YLE 24.2.2011. Saatavissa http://yle.fi/uutiset/potilaat_laakittiin_hiljaisiksi_huittisissa/2386892

Mira Salminen 18.4.2012

Koulutustilaisuuden palautelomake

PALAUTE

Hyvä koulutukseen osallistuja!

Tämän palautelomakkeen tarkoitus on kerätä teidän mielipiteenne äsken järjestetystä koulutukselle.

Vastaamalla annatte tärkeää tietoa ja siitä saama palaute on tärkeää koulutuksen onnistumisesta.

Vastaaminen vie hetken, joten toivon teidän osallistuvan palautteen antoon.

Seuraavissa kysymyksissä käytetään vastausvaihtoehtoja asteikolla 1-5. Ympyröi paras vaihtoehto kysymykseen.


Kerro mielipiteesi?	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En samaa/ en eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koulutus vastasi tarpeisiisi ja odotuksiisi	5	4	3	2	1
Koulutus antoi työhönne liittyviä uusia ajatuksia/ tietoa	5	4	3	2	1
Koulutuksen sisältö ovat hyödynnettävissä omassa työssänne	5	4	3	2	1
Koulutuksen sisältö (aiheet, tarpeellisuus)	5	4	3	2	1
Koulutuksessa käytettävä materiaali tiedon lisääjänä	5	4	3	2	1

Ruusut/ risut: _____

KIITOS ANTAMASTANNE PALAUTTEESTA!

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

PÄÄTÖS
1 § 3/2012

ASIA, jota päätös koskee	Tutkimuslupa
ASIANOSAISET	opiskelija Salminen Mira
SELOSTUS ASIASTA	kts. lupahakemus
PERUSTELUT (lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohdat, määräykset ja sopimukset)	Hallintosääntö
PÄÄTÖS	Päätän myöntää tutkimusluvan liitteen mukaisena
PÄIVÄYS PÄÄTTÄVÄN VIRANOMAISEN ALLEKIRJOITUS	Kaupungissa 16.3.2012  Anu Olkkonen-Nikula koti- ja asumispalvelujen johtaja
TIEDOKSIANTO JA PÄIVÄYS	Päätös on nähtävillä litin sosiaalitoimistolla 2.4.2012 klo 9-14, mikäli päätös on julkinen.
VALITUSOSOITUS	Muutoksenhakuviranomainen: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus

Jakelu: asianosainen, Sakomaa Jouni, Karjalainen Riitta, rekrytointikoordinaattori, eettisen toimikunnan sihteeri